



N° 1441

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 5 février 2009.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET
SOCIALES SUR LE PROJET DE LOI (n° 1210) *portant réforme de l'hôpital et
relatif aux patients, à la santé et aux territoires*

TOME I

PAR M. JEAN-MARIE ROLLAND,

Député.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
I.- MODERNISER LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	9
A. LE TITRE I ^{ER} S'INSPIRE DU VASTE MOUVEMENT DE RÉFLEXION ET DE CONCERTATION SUR L'HÔPITAL MENÉ EN 2008.....	10
1. Le projet de loi s'appuie sur des propositions consensuelles de la commission de concertation relative aux missions de l'hôpital présidée par M. Gérard Larcher.....	11
2. Le projet de loi répond à l'engagement du Président de la République de moderniser le secteur hospitalier.....	13
B. LES MISSIONS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, ET NOTAMMENT CELLES DE SERVICE PUBLIC, SONT DÉSORMAIS CLAIREMENT PRÉCISÉES.....	14
1. Les établissements de santé ne se définissent plus par leur statut mais par les services qu'ils apportent à la population.....	14
2. Les missions de service public sont mieux définies et peuvent être assurées par les établissements de santé quel que soit leur statut afin d'assurer la couverture optimale d'un territoire.....	14
C. LE FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ EST OPTIMISÉ.....	16
1. La gouvernance des établissements publics est clarifiée.....	17
2. La gestion des établissements de santé est modernisée.....	19
D. LES OUTILS DE COOPÉRATION ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ SONT AMÉLIORÉS.....	22
1. La communauté hospitalière de territoire devient la forme de droit commun des recompositions hospitalières publiques.....	22
2. Le régime juridique du groupement de coopération sanitaire (GCS) est simplifié.....	25
II.- ASSURER, SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE, L'ACCÈS DE TOUS À UNE OFFRE DE SOINS DE QUALITÉ	27
A. LES FRANÇAIS SONT CONFRONTÉS À DES DIFFICULTÉS CROISSANTES D'ACCÈS AUX SOINS.....	27
B. LE PROJET DE LOI PERMETTRA DE LUTTER CONTRE LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS SANS NÉGLIGER LA QUALITÉ DES SOINS.....	29
1. La politique d'aménagement de l'offre de soins est refondée.....	29

2. La formation des médecins est organisée de façon à contribuer à la correction des déséquilibres de la démographie médicale.....	31
3. Des mesures spécifiques sont proposées pour lutter contre les difficultés d'accès aux soins aux horaires de la permanence des soins	32
4. Les compétences de chaque professionnel de santé pourront être exploitées au mieux en fonction des besoins de chaque territoire	33
5. Les moyens de lutter contre les discriminations dans l'accès aux soins sont développés.....	34
6. La formation continue des professionnels de santé est profondément renouvelée.....	35
7. Le secteur de la biologie médicale est réformé pour garantir aux patients le meilleur niveau de qualité.....	36
III.- PLACER LA PRÉVENTION AU CŒUR DE LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE.....	37
A. L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DOIT ÊTRE DÉVELOPPÉE POUR FAIRE FACE AUX MALADIES CHRONIQUES.....	37
1. La montée de la prévalence des maladies chroniques représente un véritable défi pour le système de santé.....	37
2. L'éducation thérapeutique doit être développée	38
B. LE CAPITAL SANTÉ DES JEUNES DOIT ÊTRE PRÉSERVÉ.....	39
1. La consommation d'alcool et tabac est encore très excessive.....	39
2. La législation doit s'adapter aux nouveaux modes de consommation.....	41
IV.- REFONDER LE PILOTAGE TERRITORIAL DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	43
A. LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ DONNERONT PLUS DE COHÉRENCE ET D'EFFICACITÉ AU PILOTAGE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DES SOINS ET DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL	43
1. La gouvernance actuelle du système de santé à l'échelon régional repose sur une organisation à bout de souffle.....	43
2. La création des agences régionales de santé répond à un objectif de simplification et d'efficacité	44
B. LA CRÉATION D'UNIONS RÉGIONALES DES PROFESSIONS DE SANTÉ PERMET DE REPRÉSENTER L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ.....	46
1. Chaque profession de santé bénéficiera d'une représentation élue à l'échelon régional.....	46
2. La légitimité électorale est prise en compte pour reconnaître la représentativité des syndicats nationaux.....	47
C. LA RÉFORME DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL PERMETTRA DE RÉPONDRE AUX BESOINS DE LA POPULATION	47
1. Les mécanismes de planification et d'autorisation sont rationalisés.....	47

2. Une procédure d'appel à projets est mise en place.....	48
3. La généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens garantira une meilleure gestion du secteur	49
TRAVAUX DE LA COMMISSION	51
I.- AUDITION DES MINISTRES	51
II.- EXAMEN DU RAPPORT	85
III.- EXAMEN DES ARTICLES	87
TITRE I^{ER} MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	87
Chapitre I^{er} : Missions des établissements de santé	87
<i>Avant l'article 1^{er}</i>	87
<i>Article 1^{er} : Missions des établissements de santé et missions de service public</i>	87
<i>Après l'article 1^{er}</i>	123
<i>Article additionnel après l'article 1^{er} : Possibilité accordée aux établissements d'hospitalisation à domicile de s'approvisionner auprès de pharmacies d'officine</i>	124
<i>Article additionnel après l'article 1^{er} : Reconnaissance de l'hospitalisation à domicile comme une forme d'hospitalisation</i>	124
<i>Article additionnel après l'article 1^{er} : Définition de l'appellation « hospitalisation à domicile »</i>	125
<i>Après l'article 1^{er}</i>	125
<i>Article 2 : Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé</i>	126
<i>Après l'article 2</i>	135
<i>Article additionnel après l'article 2 : Prise en compte des surcoûts liés à la prise en charge des personnes obèses dans la tarification à l'activité</i>	135
<i>Après l'article 2</i>	136
<i>Article 3 : Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens</i>	136
<i>Après l'article 3</i>	146
Chapitre II : Statut et gouvernance des établissements publics de santé	148
<i>Article 4 : Statut et gouvernance des établissements publics de santé</i>	148
<i>Article 5 : Conseil de surveillance des établissements publics de santé</i>	155
<i>Article 6 : Pouvoirs du directeur et du directoire des établissements publics de santé et contrôle des décisions des établissements publics de santé</i>	173
<i>Après l'article 6</i>	200
<i>Article 7 : Nomination et gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière</i>	200
<i>Article additionnel après l'article 7 : Praticiens hospitaliers à temps partiel</i>	210
<i>Article additionnel après l'article 7 : Présence des usagers dans les commissions de l'activité libérale</i>	210
<i>Article 8 : Organisation interne des établissements publics de santé</i>	210

<i>Article additionnel après l'article 8 : Allocation d'études pour les étudiants masseurs-kinésithérapeutes</i>	221
<i>Article additionnel après l'article 8 : Expérimentations sur l'annualisation du temps de travail en outre-mer</i>	223
<i>Article additionnel après l'article 8 : Représentation des usagers au sein des commissions de l'activité libérale</i>	223
<i>Article 9 : Certification des comptes des établissements de santé</i>	224
<i>Article additionnel après l'article 9</i>	227
<i>Article 10 : Nouveau cadre d'emploi de praticien contractuel pour les médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes recrutés par les établissements publics de santé</i>	228
<i>Article 11 : Simplification du régime relatif aux cessions immobilières, baux et contrats de partenariat</i>	238
<i>Après l'article 11</i>	240
Chapitre III : Favoriser les coopérations entre établissements de santé	241
<i>Article 12 : Communautés hospitalières de territoire (CHT)</i>	241
<i>Article 13: Simplification du droit des groupements de coopération sanitaire et coordination de l'évolution du système de santé par l'ARS</i>	255
<i>Après l'article 13</i>	271

INTRODUCTION

Le système de santé français est reconnu comme l'un des plus efficaces du monde, mais il est confronté à des difficultés grandissantes liées aux évolutions sociétales, démographiques et techniques.

La France est aujourd'hui l'un des premiers pays d'Europe pour ses dépenses sociales : elle consacre 11 % de son PIB aux seules dépenses de santé, notre espérance de vie est supérieure à la moyenne des pays de l'OCDE et le taux de prise en charge par le régime général de l'assurance maladie s'élève à 77 %, un des plus importants des grandes démocraties.

Pourtant, l'accès à des soins de qualité reste inégal sur l'ensemble de notre territoire et les disparités sociales ou régionales en matière d'espérance de vie demeurent préoccupantes : neuf ans de différence d'espérance de vie, à 35 ans, entre un cadre et un manœuvre, cinq ans entre un homme vivant dans le Nord-Pas-de-Calais et un autre vivant en Île-de-France.

La dernière cartographie publiée par l'Institut national du cancer (INCa) confirme des disparités régionales importantes en matière de cancer. Il en est de même dans d'autres pathologies, même si, en moyenne nationale, les indicateurs continuent de nous placer en haut des statistiques.

Notre organisation est capable de repérer et d'analyser ces disparités ; elle se doit aussi de les prévenir et de les traiter.

L'accès aux soins de proximité est, en effet, devenu une grande préoccupation pour nos compatriotes, notamment en zone rurale et dans certaines banlieues.

Comment faire bénéficier chacun d'entre eux des meilleurs soins, le plus près possible de son domicile ? Cette question est devenue un vrai défi d'aménagement du territoire et préoccupe également les collectivités territoriales.

L'organisation de la chaîne du soin entre la prévention, les soins de ville ou en établissements et le suivi médico-social doit être entièrement revue. Il faut rappeler ici que les dépenses de santé en France sont caractérisées par une proportion très importante de dépenses hospitalières : 64 % pour une moyenne de 48 % dans les pays de l'OCDE, alors que les dépenses de prévention ne sont que de 1,8 % pour une moyenne de 3,1 % dans les pays de l'OCDE et un taux de 8,6 % au Canada.

La diversité de nos établissements de santé est également une particularité française, avec un secteur public qui assure les deux tiers de l'activité médicale et un tiers de la chirurgie et un secteur privé plus important que dans les autres pays européens et des établissements de taille et d'activité très diverses.

Le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires a été préparé par de nombreux rapports parlementaires et extraparlimentaires et propose une réforme générale de l'organisation de notre système de santé.

Il doit nous faire reconsidérer tout à la fois les problèmes de gouvernance, d'organisation territoriale, d'accès et de qualité des soins, de prévention et d'intervention médico-sociale.

Un pilotage régional unifié et responsabilisé du système de santé doit permettre une efficacité accrue des politiques de santé et une meilleure maîtrise de la dépense, dont il faut remarquer que l'augmentation, ces dernières décennies, n'a pas été accompagnée de l'amélioration, en parallèle, de la santé des Français.

Les hôpitaux verront leur gouvernance améliorée, leur gestion simplifiée. Un meilleur équilibre entre les pouvoirs managériaux et médicaux est nécessaire. L'attractivité des carrières hospitalières doit être renforcée de même que les complémentarités entre établissements de santé.

La formation des médecins spécialisés en médecine générale et l'augmentation de leur nombre nécessitent de susciter d'abord des vocations, de multiplier les lieux de découverte de cette spécialité par les jeunes étudiants, mais aussi d'améliorer leurs conditions d'exercice, notamment en promouvant les maisons médicales pluridisciplinaires et de nouvelles pratiques professionnelles.

Cette grande réforme de notre système de santé ne se fera pas sans l'ensemble des professionnels de santé, de tous les agents de l'État et de la fonction publique hospitalière, du secteur médico-social, des collectivités territoriales, de l'assurance maladie dans toutes ses composantes et des représentants des usagers.

Apporter une réponse à l'ensemble des préoccupations des Français en matière de santé, réduire les inégalités, garantir la qualité des soins, bref construire un système moderne et efficient de santé, sont les enjeux de ce texte.

I.- MODERNISER LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Depuis la loi fondatrice n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 mettant en place la tarification à l'activité (T2A), les établissements de santé, hôpitaux publics et cliniques privées, sont engagés dans un vaste mouvement de réformes dont certaines ont déjà porté leurs fruits.

Le plan « Hôpital 2007 » a ainsi permis d'engager une démarche globale de changement pour moderniser la gestion hospitalière, notamment au travers de la mise en place d'une « nouvelle gouvernance » (correction du cloisonnement dans le pilotage des établissements entre responsables administratifs et médicaux, création d'entités internes de masses critiques – les pôles – pilotées par des responsables médicaux en lien avec l'administration hospitalière, déconcentration de la gestion au plus près des structures de prises en charge des patients à travers la contractualisation interne et les délégations de gestion) destinée à renforcer la direction administrative des établissements et les équipes médicales pour donner à l'hôpital plus de souplesse, de réactivité et d'efficacité.

Si une enquête conduite en mai 2008 par la DHOS auprès de 620 établissements publics de santé a montré des progrès sensibles dans la mise en œuvre de cette réforme, la montée en charge des outils de gestion n'est pas pour autant achevée, en particulier dans les établissements de taille moyenne et les petits établissements, qui ont peiné à mettre en place une réforme dont certains aspects, comme l'organisation des élections aux conseils de pôles, étaient particulièrement lourds et complexes ou présentaient un caractère inachevé (difficultés de construction de pôles insuffisamment centrés sur un projet cohérent en termes d'activité médicale et limites de la déconcentration).

Par ailleurs, le secteur hospitalier reste confronté à des difficultés préoccupantes en matière notamment de restructurations dont la dynamique reste insuffisante.

L'impératif de la restructuration de l'offre hospitalière fait pourtant généralement l'objet d'un assez large consensus, tant la nécessité de rationaliser l'offre existante et d'adapter l'appareil de soins aux besoins de la population tout en garantissant à tous les patients la sécurité et la qualité des soins apparaît comme un enjeu majeur pour le secteur hospitalier. On constate cependant encore l'existence de trop petits plateaux techniques chirurgicaux (moins de 2 000 actes par an) qui pourraient utilement être renforcés ou reconvertis afin de répondre aux exigences de qualité et de sécurité des soins, en adéquation avec les besoins de santé de la population et dans le cadre d'une approche graduée de l'organisation des soins. En effet, il est nécessaire que l'activité des plateaux techniques soit suffisante pour assurer la qualité des équipes qui y interviennent.

La nécessité de ces opérations de restructurations hospitalières devient d'autant plus forte dans un contexte marqué par des difficultés d'accès à une prise en charge de proximité, par les contraintes de la démographie médicale, par les difficultés de recrutement que connaissent les établissements de santé, en particulier dans certaines spécialités médicales (nombre d'hôpitaux publics indiquent être confrontés au départ de certains de leurs praticiens – en chirurgie et radiologie notamment – rendant vacants les postes de certaines spécialités, y compris pour des hôpitaux de taille importante, voire des CHU), ou par la nécessité d'adapter l'offre de soins aux besoins de la population en développant en particulier des structures de soins de suite et de réadaptation (SSR) et des structures pour personnes âgées dans le cadre de filières gériatriques.

Si les résultats des opérations de restructurations déjà réalisées ne doivent pas être minimisés, la Cour des comptes, dans son rapport de septembre 2008 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, soulignait néanmoins que les résultats obtenus restaient encore en dessous des ambitions affichées et très inégaux selon les régions, les disciplines et les secteurs (privé ou public). Mettant en évidence une interruption progressive de la dynamique de restructuration, la Cour appelait de ses vœux une relance de la politique de restructuration hospitalière.

L'évolution du secteur hospitalier, la modernisation de son pilotage, l'adaptation de ses outils et la recherche de son efficacité se trouvent donc aujourd'hui placées au cœur du débat national sur le système de santé.

Le titre I^{er} du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires s'inscrit dans la continuité des réformes déjà entreprises tout en y apportant des évolutions sensibles afin de rénover le fonctionnement des établissements de santé pour leur permettre de mieux répondre aux besoins des patients de leur territoire. Fruit d'une large concertation avec tous les acteurs du monde hospitalier, il s'inspire largement de la vaste réflexion qui a été menée tout au long de l'année 2008 sur les missions de l'hôpital. C'est une œuvre refondatrice qui vise à doter enfin le secteur hospitalier des réformes structurelles dont il a plus que jamais besoin pour améliorer son organisation et son efficacité globale. Le titre I^{er} du présent projet de loi relève ainsi le défi de préserver l'avenir de l'hôpital public en garantissant son dynamisme.

A. LE TITRE I^{ER} S'INSPIRE DU VASTE MOUVEMENT DE RÉFLEXION ET DE CONCERTATION SUR L'HÔPITAL MENÉ EN 2008

Le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires a été longuement mûri et s'inscrit, pour ce qui concerne son titre I^{er}, dans le prolongement des réflexions menées sur l'hôpital tout au long de l'année 2008, en particulier par la commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par M. Gérard Larcher.

Résolument tourné vers les malades et leurs légitimes attentes de qualité et d'accessibilité des soins, il répond aux engagements clairs du Président de la République de renforcer l'efficacité globale du secteur hospitalier au moyen de réformes structurelles ambitieuses.

1. Le projet de loi s'appuie sur des propositions consensuelles de la commission de concertation relative aux missions de l'hôpital présidée par M. Gérard Larcher

Le 16 octobre 2007 à Bordeaux, M. Nicolas Sarkozy, président de la République, a demandé à l'ensemble des professionnels de santé de réfléchir aux changements nécessaires pour que le système de santé français réponde avec qualité et égalité aux besoins des patients ; à cet effet, il a confié à une commission de concertation relative aux missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher, le soin de faciliter cette réflexion et de formuler des propositions.

Le 10 avril 2008, à l'issue de nombreuses auditions, analyses de rapports et contributions et débats dans six régions, M. Larcher a remis au président de la République le rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, qui formule un certain nombre de réformes nécessaires pour réformer les urgences et la permanence des soins, recomposer l'offre de soins, améliorer la performance de l'hôpital public et développer l'enseignement et la recherche.

Synthèse des propositions de la commission Larcher

Aménager les relations entre le monde hospitalier et son environnement pour mieux répondre aux besoins des patients et assurer la continuité des prises en charge

L'importance des besoins sociaux notamment en termes de gériatrie et de handicap impose de revoir l'organisation de la chaîne de soins autour du parcours du malade. La mission de l'hôpital en termes de coordination des soins doit être réaffirmée.

*1. Favoriser l'adéquation des prises en charge en développant une offre d'aval adaptée : **redéploiement** de l'offre vers le moyen séjour et le médico-social.*

*2. Assurer la **continuité du parcours de soins** entre hôpital, médecine de ville, moyen séjour, institutions sociales et médico-sociales : affirmer cette mission de l'hôpital dans les référentiels (certification, EPP) et faciliter la communication entre acteurs (messageries, secrétariat...) ; mieux intégrer la **dimension sociale et médico-sociale de l'hospitalisation** (aménagement du retour au domicile, organisation de la prise en charge multidimensionnelle des personnes fragiles).*

*3. Développer les formes **d'exercice pluridisciplinaire** en ville : en fonction des réalités locales, permettre aux hôpitaux, notamment aux hôpitaux locaux, d'apporter un support aux formes d'exercice innovantes.*

4. Améliorer l'organisation des soins non programmés : confier à la future ARS une mission d'organisation globale (régulation, transport, PDS, urgences) ; améliorer la régulation ; mutualiser la permanence entre les praticiens des différents établissements de santé ; organiser les consultations non programmées à l'hôpital ; veiller à l'égalité des chances dans la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC).

Au niveau des territoires, organiser l'offre de soins hospitalière pour offrir qualité de service au meilleur coût

L'importance majeure de l'organisation des soins au niveau des territoires doit être affirmée pour permettre un égal accès à des soins de qualité et garantir l'efficacité des financements publics. La planification doit promouvoir des rapprochements d'activité entre hôpitaux publics sur la base d'exigences de qualité et de pertinence économique et prendre en compte le rôle de l'hospitalisation privée.

5. Favoriser le développement de **complémentarités entre hôpitaux publics** sous la forme de communautés hospitalières de territoire : projet médical commun intégrant le court séjour, le moyen et long séjour ; incitation forte à des rapprochements volontaires.

6. Aménager les **conditions de prise en charge de l'offre de soins par les cliniques privées** : développer de nouvelles **formes contractuelles** pour la participation aux missions de **service public**, garanties par un cadre ferme et intégrant l'accessibilité financière, préciser les conditions d'adhésion des médecins à ces missions (convention tripartite ; nouvelle compétence pour la CME) et mieux objectiver les coûts de ces missions ; veiller au respect du **droit de la concurrence** lors des opérations de concentration par une meilleure définition des segments de marché.

Préserver l'avenir de l'hôpital public en garantissant son dynamisme

L'hôpital public a besoin de plus de souplesse et de responsabilité pour lui permettre d'améliorer significativement sa performance.

7. Faire évoluer les **règles de gouvernance interne** de l'hôpital public pour améliorer son pilotage : transformer le conseil d'administration en conseil de surveillance ; dans le cadre d'ARS compétentes sur la globalité de la gestion du risque, diversifier sa composition en intégrant notamment un directeur de caisse d'assurance maladie ; resserrer le conseil exécutif et le transformer en directoire dont le président serait le directeur et le président de la CME le vice-président.

8. Dynamiser la **gestion des directeurs d'hôpitaux** : diversification des viviers de recrutement, accompagnement des carrières, nomination par le directeur d'ARS (sauf pour les DG de CHU) après sélection par le CNG sur des critères managériaux.

9. **Moderniser le statut de l'hôpital public** : liberté d'organisation, assouplissement des procédures (en matières de marchés publics, application du régime de l'ordonnance du 6 juin 2005, fin de la séparation des fonctions d'ordonnateur et de comptable).

10. Développer **l'efficacité** : centrer le contrôle des hôpitaux sur l'efficacité et la qualité en valorisant les outils de la performance, certifier les comptes.

11. Offrir aux **médecins des cadres d'exercice souples et valorisants** : outre le statut actuel, développer un cadre statutaire aménagé (rémunération tenant compte de l'activité et de valences) et unifier le cadre contractuel pour le rendre attractif et favoriser les exercices mixtes.

12. Développer les **perspectives des professionnels non médicaux** : dans le cadre du statut, mise en place du LMD, développement de nouveaux métiers (coordination), délégation d'actes. Développer l'intéressement.

Développer l'enseignement et la recherche

L'enseignement et la recherche conditionnent le dynamisme du système de demain. Ils sont également un puissant facteur d'attractivité pour l'hôpital public. Ils doivent être confortés et dynamisés.

*13. Renforcer le **pilotage de l'enseignement et de la recherche** : pilotage national par un comité interministériel, mise en place d'une agence de moyens et évaluation par l'AERES ; pilotage interrégional en lien avec les ARS ; articulation entre les conventions hospitalo-universitaires et les conventions quadriennales des universités et directeur scientifique au niveau local.*

*14. **Labelliser les équipes d'enseignement et de recherche**, y compris des équipes exerçant hors des CHU.*

*15. **Adapter la formation médicale et paramédicale** : passerelles entre filières par le biais du LMD ; adaptation des flux aux besoins régionaux ; enrichissement des contenus et diversification des profils des étudiants ; renforcer la formation médicale continue hospitalière.*

*16. **Conforter le dynamisme de la recherche** : développer l'appui à la recherche ; simplifier son cadre juridique ; développer les collaborations avec l'industrie ; élargir les champs de la recherche.*

Source : État des lieux réalisé par la commission de concertation relative aux missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher.

2. Le projet de loi répond à l'engagement du Président de la République de moderniser le secteur hospitalier

Dès son discours du 17 avril 2008 prononcé à l'hôpital de Neufchâteau, le Président de la République, M. Nicolas Sarkozy, a annoncé qu'il faisait sienne la plupart des propositions du rapport Larcher et a fixé les grands traits du contenu de la réforme en insistant notamment sur l'évolution de la gouvernance, l'ouverture du recrutement des directeurs, l'extension du contrat pour les praticiens, le regroupement des hôpitaux publics au sein de communautés hospitalières de territoire et la souplesse de gestion en matière de marchés publics ou de gestion immobilière. Il a fixé à cette occasion l'objectif de 2012 pour que tous les hôpitaux soient à l'équilibre d'exploitation.

À l'occasion d'un déplacement à la maison médicale de Bletterans, dans le Jura, le président de la République a ensuite tracé, le 18 septembre 2008, les grandes lignes de sa politique en matière de santé, en précisant notamment, s'agissant du secteur hospitalier, que les situations de déficit ne devaient plus être tolérées, que les comptes des établissements devraient désormais être certifiés et en proposant aux personnels des établissements qui disposent d'excédents budgétaires de les redistribuer au travers d'une politique d'intéressement.

Il a à cette occasion présenté les grandes lignes du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, qui vise à apporter une réponse transversale aux principaux enjeux de la santé et traiter en conséquence de la modernisation des établissements de santé, de l'accès de tous à des soins de qualité, à la prévention et la santé publique, ainsi que de l'organisation territoriale du système de santé.

S'agissant des mesures concernant directement les établissements de santé, un triple objectif était ainsi clairement posé de refonder les missions de service

public en les redéfinissant et les renforçant, de permettre à l'hôpital de fonctionner de façon plus souple et réactive et de favoriser leurs actions de coopération à l'échelle des territoires.

B. LES MISSIONS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, ET NOTAMMENT CELLES DE SERVICE PUBLIC, SONT DÉSORMAIS CLAIREMENT PRÉCISÉES

1. Les établissements de santé ne se définissent plus par leur statut mais par les services qu'ils apportent à la population

Le titre I^{er} du présent projet de loi vise à recentrer les établissements sur leur cœur de métier.

Les missions des établissements de santé sont ainsi mieux définies et davantage hiérarchisées pour insister sur l'essentiel de ces missions et apporter une lisibilité plus grande.

Il est également désormais précisé que les établissements de santé délivrent des soins non seulement avec hébergement mais également sous forme ambulatoire ou à domicile. Les prises en charge ambulatoires et l'hospitalisation à domicile (HAD) ne sont en effet plus aujourd'hui des alternatives de l'hospitalisation mais en constituent une des modalités courantes. La mention explicite dans la loi de l'hospitalisation à domicile consacre ainsi son rôle, dont le rapport d'avril 2008 de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher, avait souligné tout l'intérêt.

La participation à la coordination des soins est d'autre part introduite de façon novatrice dans les missions des établissements de santé. Face à la complexité croissante des parcours de soins, une bonne coordination des soins est en effet nécessaire. Celle-ci, qui consiste à mettre en relation les établissements de santé avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et avec les établissements ou services médico-sociaux, s'effectuera dans le cadre défini par les nouvelles agences régionales de santé (ARS).

Cette meilleure définition des missions des établissements de santé permettra une meilleure organisation territoriale de l'offre de soins et des possibilités de prises en charge adaptées à l'état du patient, sans distinction des durées de séjour.

2. Les missions de service public sont mieux définies et peuvent être assurées par les établissements de santé quel que soit leur statut afin d'assurer la couverture optimale d'un territoire

Le titre I^{er} relatif à la modernisation des établissements de santé vise également à mieux définir les missions spécifiques de service public qui pourront

désormais être assurées par n'importe quel établissement, quel que soit son statut, sous réserve d'assurer aux patients accueillis certaines garanties.

Cette clarification des missions de service public assurées par les établissements de santé trouve une double justification.

En premier lieu, l'examen des conditions d'accès aux soins montre que sur certains territoires, aucun établissement n'assure les missions de service tandis que dans d'autres, l'exercice de ces missions est parfois redondant. Il importe donc de définir précisément ces missions de service public pour que les autorités sanitaires puissent mieux les répartir. Quand sur un territoire donné des structures privées sont disponibles pour garantir des besoins définis, il n'est effectivement pas illégitime que le décideur public choisisse d'y faire appel sachant que certains établissements de santé privés assurent déjà des missions de service public.

Par ailleurs, dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), l'exercice de missions de service public justifie une rémunération différente de celle fondée sur l'activité. La sortie du financement de ces missions hors des tarifs implique donc d'identifier quelles sont les missions de service public réellement assurées par certains établissements, de façon à mieux prendre en compte les surcoûts et les difficultés d'organisation qu'elles engendrent et de faciliter de la sorte le processus de convergence intersectorielle dont le législateur a bien précisé qu'elle devait s'effectuer « *dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs* »⁽¹⁾.

Jusqu'à aujourd'hui, l'exécution de missions de service public reposait, outre sur les établissements de santé publics, sur deux catégories d'établissements privés à statut particulier : les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH) et les établissements privés concessionnaires du service public hospitalier (SPH). Elles pourront désormais être assurées par un établissement de santé quel que soit son statut, « à la carte », en fonction des besoins d'accès aux soins identifiés et dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu avec l'agence régionale de santé ou d'un contrat spécifique, ce qui est de nature à assurer en matière d'offre de soins une couverture territoriale optimale.

De façon à prendre en compte la spécificité de l'ancien secteur dit PSPH, la commission a adopté, à l'initiative du rapporteur, plusieurs amendements visant à reconnaître le statut spécifique de certains établissements privés, au premier rang desquels figurent les établissements privés sans but lucratif participant au service public hospitalier (PSPH), qui voient leur rôle déterminant reconnu par la création d'une nouvelle catégorie d'établissements soumis à des obligations particulières : les établissements de santé privés d'intérêt collectif.

(1) VII de l'article 33 de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2004.

L'attribution des missions de service public se fera en principe sur le mode du volontariat, mais l'agence régionale de santé conservera le droit, en cas d'insuffisance ou de carence sur un territoire de santé, d'imposer une mission de service public à un établissement de santé.

Par ailleurs, les garanties et les obligations attachées aux missions de service public sont désormais mieux définies, qu'il s'agisse notamment de la garantie d'un égal accès à des soins de qualité, d'un accueil et d'une prise en charge vingt-quatre heures sur vingt-quatre et d'une prise en charge sans dépassement d'honoraires.

Il est également prévu que lorsque des établissements de santé privés participeront à l'une ou plusieurs des missions de service public, les exigences attachées à celles-ci trouveront leur déclinaison dans les contrats d'exercice libéral des médecins exerçant dans lesdits établissements.

La possibilité de confier des missions de service public à des établissements de santé quelle que soit leur nature est donc clairement assortie d'obligations de soins. En particulier, les établissements de santé privés devront appliquer les tarifs conventionnés sans dépassements pour l'ensemble de la prise en charge des patients accueillis en urgence ou au titre d'une de ces missions de service public.

Une meilleure définition des missions des établissements de santé, et tout particulièrement des missions de service public pour lesquels le champ des établissements pouvant y participer est étendu, permettra ainsi de s'assurer de la couverture territoriale la plus large tout en garantissant l'accès à l'ensemble de la population.

C. LE FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ EST OPTIMISÉ

Comme le soulignait avec une certaine sévérité le professeur Guy Vallancien dans son rapport « *Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire* » remis le 10 juillet 2008 à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, « *en 2008, l'hôpital est administré, mais il n'est toujours pas gouverné. Or une bonne gouvernance de l'hôpital implique la liberté de décision et d'action de ses dirigeants, dans le cadre d'une politique de santé clairement définie* ».

À partir de la volonté présidentielle de promouvoir un seul « patron » à la tête de l'hôpital, et s'inspirant des recommandations du rapport Larcher sur les missions de l'hôpital, le titre I^{er} du présent projet de loi met en place le cadre nécessaire à l'émergence d'une gouvernance rénovée des hôpitaux. La rénovation des instances et du mode de pilotage des établissements publics de santé vise à responsabiliser davantage le directeur d'établissement et à lui confier les outils d'une gestion dynamique.

1. La gouvernance des établissements publics est clarifiée

La gouvernance des établissements publics de santé est clarifiée par la mise en place de nouvelles instances de pilotage.

La nouvelle gouvernance mise en place ne remet pas fondamentalement en cause les grandes orientations définies en 2005 mais remanie néanmoins en profondeur la gouvernance des hôpitaux.

Il s'agit de doter l'hôpital d'une chaîne hiérarchique claire et responsable, d'approfondir le principe du pilotage médico-administratif et d'introduire un réel management de proximité via les pôles. L'objectif est de permettre à chacun, via des organes décisionnels rénovés, d'assurer un meilleur exercice de ses responsabilités.

- *Le rôle du directeur d'établissement est renforcé*

Dans la continuité du processus historique de renforcement progressif de ses pouvoirs, le projet de loi conforte les pouvoirs et l'autonomie du directeur qui se voit confier la pleine responsabilité de l'établissement de santé.

Afin de faciliter le pilotage des établissements publics de santé, c'est en effet à lui qu'est clairement confié l'exercice de l'arbitrage ultime puisqu'il « conduit la politique générale de l'établissement » et met en œuvre le projet médical de l'établissement en étroite concertation avec le corps médical.

Si son champ de compétence reste borné par les affaires de l'établissement qui relèvent du conseil de surveillance et par la nécessité de consulter les membres du directoire dans un certain nombre de domaines, il dispose désormais, dans toutes les autres affaires de l'établissement, d'une compétence générale. Il se voit assigné des objectifs par le directeur général de l'agence régionale de santé (DGARS) qui serviront ultérieurement de base à son évaluation.

Dans l'exercice de ses responsabilités étendues, le directeur se voit confier de nouvelles attributions comme la fixation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et peut désormais s'appuyer sur des chaînes de responsabilité clarifiées et des circuits décisionnels déconcentrés au niveau des pôles. Il est assisté dans sa tâche par un directoire dont il est le président.

- *Un directoire resserré remplace l'ancien conseil exécutif*

Le directoire, instance au sein de laquelle débattira une équipe de direction composée de cadres administratifs et de cadres médicaux assistants le directeur, est chargé de préparer, sur la base notamment du projet médical préparé par le président de la commission médicale d'établissement (CME), le projet d'établissement qui sera ensuite arrêté par le directeur et soumis au conseil de surveillance. Plus largement, il est chargé de conseiller le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Au sein de ce directoire, le pouvoir et le rôle essentiel du président de la CME est renforcé puisqu'il devient le vice-président du directoire et se voit confier le rôle de préparer, en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement qui était jusqu'ici préparé par le conseil exécutif auquel le président de la CME appartenait sans en être pour autant vice-président. Le rapporteur a tenu à souligner encore davantage la fonction primordiale du président de la CME en faisant adopter par la commission un amendement explicitant le rôle déterminant du vice-président du directoire en tant que coordonnateur de l'activité médicale au sein de l'établissement sous son autorité, rôle dont découlent ses compétences en matière d'avis sur les nominations des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques.

La composition du directoire est fortement resserrée par rapport à celle de l'ancien conseil exécutif afin de mieux valoriser sa fonction exécutive. Le projet de loi initial marquait à cet égard un certain recul à l'égard de la dynamique suscitée par la mise en place en 2005 d'une nouvelle gouvernance caractérisée par la volonté d'instaurer la cogestion médicale aux côtés de la direction administrative puisqu'il ne mentionnait plus que le directoire comprenait, à parité, des représentants de la direction et de représentants du corps médical.

Sans remettre en cause, le caractère resserré du directoire, le rapporteur a souhaité en premier lieu introduire plus de souplesse dans la composition du directoire en étendant quelque peu le nombre de ses membres pour permettre une représentation plus adéquate de l'ensemble des composantes de l'hôpital et y faire figurer notamment le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique qui dispose d'une vision transversale indispensable à l'organisation de l'hôpital et d'une expertise spécifique sur les questions de qualité des soins infirmiers. Il a tenu, d'autre part, à revenir à une formule de cogestion médicale qui a déjà fait ses preuves en introduisant le principe d'une majorité médicale au sein du directoire. Les amendements qu'il a déposés en ce sens ont tous été adoptés par la commission.

• *Un conseil de surveillance recentré sur des missions de contrôle se substitue à l'ancien conseil d'administration*

Les missions du conseil de surveillance qui remplace l'ancien conseil d'administration sont clairement recentrées sur les orientations stratégiques de l'établissement et des fonctions de contrôle. En effet, alors que le conseil d'administration arrêta jusqu'à aujourd'hui la politique générale de l'établissement, « *le conseil de surveillance exerce le contrôle de l'établissement* ».

Il n'est pas pour autant dépourvu d'attributions puisqu'il continue de délibérer sur le projet d'établissement qui définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement de santé et sur le compte financier et l'affectation des résultats. Ce conseil de surveillance se voit par ailleurs attribuer de nouvelles compétences comme celle de délibérer sur le rapport

annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le président du directoire ou sur les statuts des nouvelles fondations hospitalières qui pourront désormais être créées pour consolider et dynamiser les équipes de recherche.

La taille des nouveaux conseils de surveillance est certes resserrée par rapport à celle des conseils d'administration, mais une représentation diversifiée des intérêts des territoires, du personnel et de la société civile et des usagers reste assurée via trois collèges égaux en nombre. De nouveaux membres, comme le directeur général de l'ARS ou un directeur de caisse d'assurance maladie, y font même leur apparition avec voix consultative.

Les modalités de désignation du président du conseil de surveillance sont quelque peu aménagées. En effet, le projet de loi retient la proposition du rapport Larcher d'« adopter le principe d'une élection du président, en leur sein, par les membres des collèges des élus et des personnalités qualifiées ». Cette désignation, qui était déjà la modalité retenue pour les établissements intercommunaux et interdépartementaux et l'était également lorsque le président du conseil général ou le maire renonçaient à la présidence du conseil d'administration pour la durée de leur mandat électif, revient à ne plus confier automatiquement au maire la présidence du conseil de surveillance des établissements communaux et au président du conseil général celle du conseil de surveillance des établissements départementaux. Les élus locaux, qui disposent d'une légitimité démocratique incontestée et d'une bonne connaissance des enjeux locaux pourront néanmoins continuer d'y jouer un rôle influent et, le cas échéant, présider le conseil de surveillance.

- *Les chefs de pôle voient leur rôle renforcé*

Le pilotage des établissements de santé est également renforcé par l'affirmation de lignes hiérarchiques claires. Dans cet esprit, l'organisation en pôles renforce la réactivité des établissements de santé.

Les chefs de pôles se voient en effet confiés la responsabilité pleine et entière de leurs pôles. Ils bénéficient d'une délégation de gestion large, précisée au sein du contrat de pôle signé avec le directeur de l'établissement qui lui fixe des objectifs de résultats en lien avec les moyens matériels et humains qui leur sont délégués. Ces chefs de pôles auront autorité sur l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux du pôle et veilleront à la mise en œuvre du projet médical. Au sein des pôles, la démarche de contractualisation sera ensuite déclinée avec l'ensemble des personnels concernés pour tendre vers une responsabilité et une efficience accrues.

2. La gestion des établissements de santé est modernisée

Le rapport d'information n° 403 « *Pour une gestion responsable de l'hôpital* » des sénateurs Alain Vasselle et Bernard Cazeau, fait en juin 2008 au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) et de

la commission des affaires sociales du Sénat, dressait un dur constat sur les carences de management du personnel de direction et des personnels hospitaliers.

Pourtant, le million de professionnels de santé, dont 270 000 infirmières et près de 100 000 médecins en comptant les internes, constitue la vraie richesse d'un hôpital qui reste encore trop prisonnier de modes de gestion inadaptés.

Le titre I^{er} du présent projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires répond en conséquence aux défis managériaux auxquels sont confrontés les établissements publics de santé et vise à rendre l'hôpital plus attractif et compétitif.

● *Le recrutement des personnels de direction est ouvert à de nouveaux profils*

Le titre I^{er} du projet de loi met en place les conditions d'une ouverture du recrutement des directeurs d'hôpitaux à de nouveaux profils de personnes n'ayant pas la qualité de fonctionnaires.

Cette ouverture du recrutement des directeurs d'établissements permettra de faire appel à de nouvelles compétences, qu'il s'agisse de profils ayant une expérience dans le secteur privé ou de médecins ayant développé des capacités de gestion ou de management.

Si cette nouvelle possibilité de diversifier les profils de directeurs d'hôpitaux doit être saluée, elle pourrait notamment être utilement assortie de la possibilité de suivre certains modules de formation au sein de l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS) tant la spécificité du métier de directeur d'hôpital est grande.

● *Le recrutement des personnels médicaux est facilité par la création d'un nouveau contrat de droit public plus attractif*

Afin de conserver les praticiens exerçant déjà dans les établissements publics de santé et de favoriser parallèlement le recrutement de nouveaux praticiens dans un contexte de démographie médicale tendue, le projet de loi modernise le statut de praticien hospitalier en offrant de nouvelles perspectives d'exercice et de rémunération aux praticiens désireux de s'impliquer activement dans la vie de l'hôpital.

Il est créé à cet effet un nouveau régime d'emploi contractuel plus attractif qui puisse permettre, pour des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus, le recrutement de nouveaux praticiens ou être proposé aux praticiens hospitaliers en fonction. Ces derniers pourront opter pour ce nouveau régime dans le cadre d'un détachement pour une période limitée dans un premier temps puis plus durablement en sollicitant une mise en position de disponibilité.

Ce nouveau statut de recrutement sous contrat pour les médecins, odontologistes et pharmaciens, dont la rémunération comportera une part fixe et une part variable en fonction du degré de réalisation des objectifs définis chaque année, est une réponse adaptée à une situation critique qui se caractérisait ainsi, fin 2007, par un taux de vacance global de postes de praticiens hospitaliers de 19,4 % pour les temps pleins et de 36 % pour les temps partiels.

- *Les modalités de gestion sont modernisées*

Les mesures proposées dans le titre I^{er} visent également à simplifier les organisations et les procédures, à mettre en œuvre une culture de résultats notamment au travers de la fixation d'objectifs de qualité et de sécurité pour impliquer l'ensemble du personnel dans une démarche de qualité des soins, et à doter les établissements de santé d'outils plus performants de gestion, qu'il s'agisse de la gestion de leur patrimoine immobilier ou de la création de fondations hospitalières, ou de la mise en place de procédures fiables comme la certification des comptes des établissements.

Dans cet esprit, l'organisation interne des établissements publics de santé est par exemple assouplie et la commission médicale d'établissement (CME) se voit attribuer des objectifs de résultats et non plus de moyens en terme de qualité et de sécurité des soins. Les établissements de santé doivent désormais s'organiser librement pour répondre aux objectifs de qualité et de sécurité. Dans cette démarche d'amélioration de la qualité, la commission a adopté, à l'initiative du rapporteur, un amendement visant à ce que les établissements de santé mettent à la disposition du public les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. La définition de programme d'actions et d'indicateurs de suivi permet ainsi de passer d'une logique de moyens à une logique de résultat et de gestion de projet. L'obligation de créer des sous-commissions spécialisées au sein de la Commission médicale d'établissement est par exemple supprimée.

Ce principe de liberté d'organisation interne aboutit à ce que les seules commissions qui restent obligatoires dans les établissements publics de santé sont la commission médicale d'établissement (CME), la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), la commission de relation avec les usagers et de prise en charge de la qualité (CRUPCQ) et le comité technique d'établissement.

Par ailleurs, les procédures applicables aux baux emphytéotiques, aux contrats de partenariat et aux marchés publics conclus par les établissements de santé sont simplifiées tandis qu'est étendue aux établissements publics de santé la possibilité de reporter le déclassement d'une installation relevant du domaine public après la vente, ce qui leur permettra de commencer à percevoir le produit de la vente d'un immeuble dès sa conclusion tout en poursuivant l'utilisation du bâtiment hospitalier jusqu'à la mise à disposition de nouveaux locaux.

Les établissements de santé pourront également créer un nouveau type de fondation, la fondation hospitalière, qui aura pour but, en matière de recherche, de faciliter le rapprochement entre le monde hospitalier, notamment les CHU, et le monde de l'industrie autour de projets communs.

Enfin, une procédure de certification des comptes des établissements de santé est mise en place qui s'intègre dans une démarche de modernisation et d'optimisation de l'emploi des deniers publics qui impose de pouvoir apprécier la fiabilité des comptes des établissements de santé.

Dans ce contexte de modernisation indispensable des modes de gestion des établissements de santé, le rapporteur a été à l'initiative de l'adoption par la commission de deux amendements reprenant les dispositions du PLFSS relatives, d'une part, à la clarification des situations de déséquilibres financiers et à la mise sous administration provisoire des établissements publics et, d'autre part, à la création d'une agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) dont la mission a pour objet l'appui à l'amélioration du service rendu au patient, la modernisation de la gestion et la maîtrise des dépenses dans les établissements, et qui avaient été censurées par le Conseil constitutionnel dans sa décision n° 2008-571 DC du 11 décembre 2008, celui-ci considérant qu'elles n'avaient pas d'effet ou un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement et que, par suite, elles ne trouvaient pas sa place dans une loi de financement de la sécurité sociale.

L'assouplissement des modes d'organisation et de gestion, l'introduction d'une culture de résultat et la modernisation des modes de gestion des établissements publics de santé sont de nature à mieux assurer l'efficacité et l'adaptation de ces établissements aux défis qu'ils doivent relever et à garantir par là même l'égalité des chances entre les établissements publics et privés.

D. LES OUTILS DE COOPÉRATION ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ SONT AMÉLIORÉS

Le titre I^{er} du projet de loi améliore également la lisibilité des dispositifs de coopérations territoriales entre établissements et professionnels de santé. Organisant la mise en extinction des syndicats interhospitaliers (SIH) qui n'avaient pas fait la preuve de leur efficacité, il ne laisse subsister que deux modalités principales d'organisation de synergies entre les établissements de santé, la médecine de ville et le secteur médico-social.

1. La communauté hospitalière de territoire devient la forme de droit commun des recompositions hospitalières publiques

Réponse organisationnelle innovante à l'objectif d'optimiser la qualité et l'accessibilité des soins sur un territoire donné, la communauté hospitalière de territoire (CHT), proposition emblématique du rapport de la commission de

concertation présidée par M. Gérard Larcher sur les missions de l'hôpital, est conçue comme la forme de droit commun des nécessaires futures recompositions hospitalières publiques.

La communauté hospitalière de territoire (CHT) vise à favoriser le développement de complémentarités et les rapprochements entre hôpitaux publics autour de projets pertinents en termes d'activité médicale, de taille des établissements et de flux de population.

La mise en œuvre des CHT, qui doit permettre de mieux organiser l'offre publique de soins sur les territoires de santé, poursuit ainsi un triple objectif :

– améliorer l'adéquation de l'offre et de la demande de soins sur un territoire donné et adapter la taille des établissements dans une logique de performance ;

– assurer une offre graduée garantissant le juste soin, en partant du constat que chaque établissement ne peut pas assumer l'intégralité des missions d'un établissement de santé (permanence des soins, recherche, prise en charge des personnes âgées, chirurgie, réanimation, prise en charge de la précarité...) ;

– offrir aux établissements de santé des solutions intégrées de gestion pour développer des stratégies communes et mutualiser les moyens afin de les optimiser.

Outil souple à destination des établissements publics de santé, la CHT pourra être organisée en fonction des besoins selon deux modalités particulières : la CHT fédérative, qui permet aux établissements publics de santé de s'unir dans une stratégie commune tout en gardant leur indépendance fonctionnelle et la CHT intégrée, qui se rapproche de la fusion tout conservant des instances consultatives de représentation des personnels au sein de chaque établissement membre de la communauté.

La CHT pourra être constituée volontairement ou à l'initiative du directeur général de l'agence régionale de santé, dont le rôle est renforcé par rapport à celui que jouait le directeur de l'ARH pour veiller à la cohérence des projets visant à multiplier les complémentarités et les spécialisations d'activité.

Le rapport du professeur Guy Vallancien « *Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire* » remis le 10 juillet 2008 à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, a esquissé à grands traits ce que pourraient être dans un avenir proche les contours d'une CHT.

Exemple d'articulation au sein d'une communauté hospitalière de territoire

« L'articulation dans la communauté s'effectuera en trois niveaux :

1° Le premier niveau ou la plate-forme de proximité.

Il correspond aux 350 hôpitaux locaux actuels et la centaine de petits hôpitaux dont la chirurgie va fermer qui formeront le tissu des plateformes d'accès à la prévention, à l'éducation, à l'accueil des urgences et à certains soins. Équipées d'un système de télétransmission en relais avec les établissements de référence et d'une hélistation balisée pour transports rapides, pourvues des moyens d'imagerie et de biologie modernes, ces plateformes de proximité assureront le premier relais d'accès aux soins pour tous sans discrimination de lieu, d'information et de revenus. Grâce à la régulation par le numéro unique du 15, les urgences les plus graves seront en revanche immédiatement et directement transportées vers l'hôpital de référence ou de recours. De ces plateformes de proximité essaieront chaque jour dans les campagnes, des cabinets médicaux mobiles qui rejoindront les zones les plus reculées du pays. Des médecins et des assistants médicaux s'y relayeront pour porter le soulagement sur place. La création d'un ramassage par minibus dans les villages des populations dépendantes ou ne pouvant conduire assurera l'accès aux spécialistes grâce aux consultations avancées prévues dans ces plateformes de proximité.

La gériatrie, les soins de suites, la réadaptation fonctionnelle, la rééducation fonctionnelle et l'addictologie sont des activités de proximité qui ont toute leur place dans ces plateformes. Mieux concentrés sur ces missions aussi nobles que la chirurgie, ces hôpitaux vivront et se développeront pour le bien de la population locale, au lieu d'essayer de maintenir une offre de soins chirurgicaux ou une maternité insécures. Les établissements qui ont compris cet enjeu et reconverti leur activité médicale dans ce sens ne le regrettent jamais alors que les autres qui maintiennent des services à demi vides souffrent du poids de leur inactivité. Le rapport Bichier et Fellingner 2008 sur l'avenir des 88 établissements publics qui ont perdu leur maternité, ou leur service de chirurgie voire les deux démontre qu'en 2 ans, ces hôpitaux retrouvent l'équilibre financier et ne perdent pas de personnels, mais souvent les augmentent pour assurer leurs nouvelles missions (+ 2 à 3 %) (...).

2° Le deuxième niveau sera celui de l'**hôpital de référence** équipé d'unités de chirurgie, d'une maternité et d'une réanimation ainsi que de plusieurs unités de médecine spécialisée.

Par région et selon l'importance de la population entre 4 et 10 établissements de ce type seront suffisants afin de ne pas diluer les ressources humaines et matérielles dans une productivité moyenne. Ces hôpitaux seront au cœur du système et partageront avec les praticiens libéraux et les cliniques la production de soins et les missions de permanence des soins.

3° Le troisième niveau correspond aux **hôpitaux de recours**, c'est-à-dire aux Centres Hospitalo Universitaires (CHU) et quelques très grands hôpitaux.

Ils prendront en charge les cas les plus complexes en s'ultra spécialisant. Les CHU devront réviser leur politique, qui tient souvent plus de la proximité que d'une action ciblée sur les pathologies les plus lourdes ».

Source : Rapport du professeur Guy Vallancien « Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire », 10 juillet 2008.

La création de communautés hospitalières de territoire (CHT) constitue une avancée indispensable pour la structuration de l'offre de soins publique et la coordination des acteurs hospitaliers sur le terrain et devrait faire disparaître toute forme de concurrence néfaste entre établissements publics de santé qui cherchent trop souvent tous à exercer des missions similaires sans mutualisation des hommes ni des moyens logistiques.

C'est pourquoi le rapporteur a jugé bon d'encourager les rapprochements d'hôpitaux publics par la création de CHT en faisant adopter par la commission un amendement prévoyant des incitations financières fortes (enveloppes du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés – FMESPP –, aides à l'investissement) à la création des CHT.

2. Le régime juridique du groupement de coopération sanitaire (GCS) est simplifié

Le titre I^{er} ne se limite pas à définir un nouvel outil de coopération réservé aux établissements publics de santé mais il optimise également le cadre juridique du recours aux groupements de coopération sanitaire (GCS) qui constituent le mode de coopération privilégié entre les établissements de santé publics et privés et qui permettent également les coopérations indispensables avec les professionnels de santé libéraux et le secteur médico-social.

Les évolutions apportées par le projet de loi ont pour principal objet de simplifier et d'améliorer le dispositif des GCS en le rendant plus lisible pour les acteurs, sans pour autant déstabiliser les GCS existants.

Il s'agit de mieux répondre aux besoins de coopération public-privé identifiés lors des restructurations d'activité, d'optimiser les ressources (humaines, techniques, logistiques), de permettre la mutualisation des activités de recherche et d'enseignement et de favoriser un redéploiement territorial efficient des activités de soins dans un souci de spécialisation et d'amélioration de l'accès aux soins.

La création des GCS est ainsi facilitée par une meilleure lisibilité des textes et une clarification de ses objets, des membres qui le composent, de sa nature juridique et de sa gouvernance.

Le projet de loi innove également en disposant que le GCS autorisé à assurer l'exercice d'activités de soins sera désormais qualifié d'établissement de santé, alors que le patient restait jusqu'ici engagé dans une relation juridique avec l'établissement de santé membre et non avec le GCS, ce qui freinait indéniablement leur développement. Désormais, le GCS autorisé à exercer des activités de soins sera identifié comme un acteur de soins à part entière et ses membres auront en interne une meilleure visibilité sur son activité totale et sur les montants facturés.

L'ensemble des mesures du titre I^{er} s'inscrit ainsi dans une logique de qualité et de performance de l'hôpital.

II.- ASSURER, SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE, L'ACCÈS DE TOUS À UNE OFFRE DE SOINS DE QUALITÉ

Le titre II du présent projet de loi comporte un ensemble de mesures visant à lutter contre les difficultés d'accès aux soins auxquelles nos concitoyens sont de plus en plus souvent confrontés, tout en améliorant la qualité des soins dispensés aux Français.

La conjugaison de ces deux exigences conduit le présent projet de loi à proposer une réforme profonde de l'organisation de notre système de santé, y compris de la répartition des tâches entre les professions de santé.

A. LES FRANÇAIS SONT CONFRONTÉS À DES DIFFICULTÉS CROISSANTES D'ACCÈS AUX SOINS

De nombreuses études ont été menées ces dernières années, y compris à l'initiative de votre Commission, sur la démographie des professions de santé et l'accès aux soins. Toutes font le même constat : les Français rencontrent de plus de plus de difficultés d'accès aux soins, et ces difficultés risquent de s'aggraver à court terme.

Comme l'a relevé M. Marc Bernier dans un récent rapport d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire⁽¹⁾, adopté à l'unanimité, on peut distinguer différents types de difficultés d'accès aux soins :

– des difficultés d'accès aux soins liées à l'éloignement géographique des professionnels de santé, avec l'apparition de véritables déserts médicaux ;

– des difficultés d'accès aux soins liées au caractère aléatoire, instable et fragile du dispositif de permanence des soins ;

– des files d'attente importantes pour l'accès à certaines consultations spécialisées de premier recours, notamment en ophtalmologie ou en psychiatrie ;

– des difficultés financières d'accès aux soins, liées au déficit d'offre de soins à tarif opposable dans certaines zones.

– des difficultés d'accès aux soins liées à des discriminations, notamment à l'encontre des bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU).

La constitution de ces déserts médicaux et l'allongement de ces files d'attente sont le résultat d'une gestion peu clairvoyante de la démographie des professions de santé. En effet, les pouvoirs publics ont réduit le *numerus clausus* –

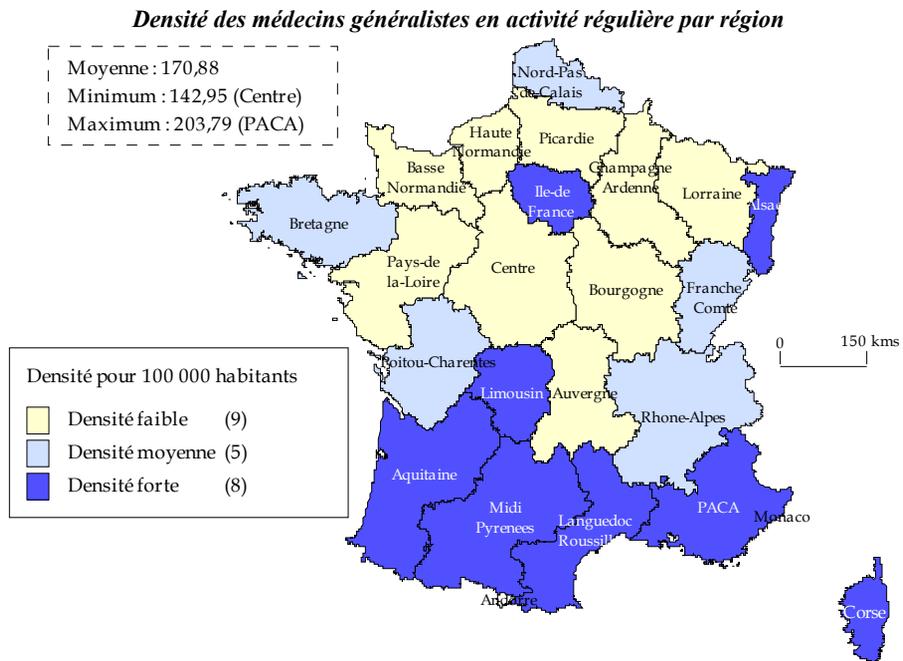
(1) Rapport d'information n° 1132 présenté par M. Marc Bernier au nom de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, présidée par M. Christian Paul, déposé par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, octobre 2008.

c'est-à-dire le nombre d'étudiants admis à poursuivre des études de médecine ou de chirurgie dentaire à l'issue de leur première année d'études – de 8 500 environ dans les années 1970 à 3 500 en 1993, avant de le rehausser progressivement dans les années 2000 jusqu'à atteindre 7 400 aujourd'hui. Compte tenu de la durée des études médicales, la hausse du *numerus clausus* depuis 2002 ne produira ses effets sur la démographie médicale qu'avec un décalage d'environ dix ans. Pour l'heure, les promotions actuelles de médecins et de chirurgiens-dentistes ne suffisent plus à remplacer les médecins qui arrivent à l'âge de la retraite.

Paradoxalement, les difficultés démographiques des professions de santé sont moins liées à leur effectif total – la France n'en a jamais compté autant – qu'à leurs modes d'exercice et à leur répartition territoriale.

S'agissant de leurs modes d'exercice, M. Pierre-Louis Fagniez, conseiller auprès de la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, a souligné devant le rapporteur que les jeunes praticiens ont un temps de travail inférieur à celui de leurs aînés et sont plus réticents qu'eux à exercer seuls.

S'agissant de leur répartition territoriale, on observe de nettes disparités entre les territoires qui, pour toutes les professions de santé, font apparaître des phénomènes d'héliotropisme, d'attraction de la capitale et, plus généralement, d'attraction des centres-villes au détriment des zones rurales et des zones urbaines sensibles (*cf.* pour ce qui est des médecins généralistes, la carte ci-dessous).



Source : Rapport d'information n° 1132 présenté par M. Marc Bernier au nom de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, présidée par M. Christian Paul, déposé par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, octobre 2008.

Ces déséquilibres sont appelés à s'aggraver à court terme si rien n'est entrepris. En effet, les projections de l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) montrent que le potentiel démographique des médecins commence à baisser à partir de 2008, car le nombre de départs à la retraite sera plus important que le nombre de nouveaux diplômés jusqu'en 2025. Or, si l'offre de soins est appelée à se contracter, la demande de soins risque de croître avec le vieillissement de la population et la forte prévalence des maladies chroniques, comme le montre le rapport précité de M. Marc Bernier.

B. LE PROJET DE LOI PERMETTRA DE LUTTER CONTRE LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS SANS NÉGLIGER LA QUALITÉ DES SOINS

Pour garantir à tous les Français un égal accès à des soins de qualité, il n'existe pas de mesure « miracle ». Aussi, le présent projet de loi propose un ensemble cohérent de mesures complémentaires.

1. La politique d'aménagement de l'offre de soins est refondée

Les outils de régulation de l'offre de soins dont disposent aujourd'hui les pouvoirs publics ne sont plus adaptés aux besoins de santé des Français.

En effet, ces outils sont ainsi faits qu'ils ne permettent d'organiser l'offre de soins que de façon compartimentée entre différents secteurs d'activité : l'hôpital, les soins de ville, la santé publique et le secteur médico-social. Or ce cloisonnement est sans cohérence avec les besoins de la population et le parcours de soins du patient, et ne permet pas d'optimiser l'utilisation de ressources médicales de plus en plus rares. Les travaux des États généraux de l'offre de l'organisation de la santé (EGOS), qui se sont tenus en 2008 sous les auspices de la ministre de la santé et des sports, ont aussi mis en lumière l'« hospitalo-centrisme » qui en résulte dans notre système de santé, construit autour de l'hôpital et non autour des soins ambulatoires.

● *Passer d'une planification de l'offre de soins par secteurs d'activité, à une organisation de cette offre par niveaux de recours*

Pour utiliser au mieux l'offre de soins dont notre pays disposera dans les années à venir, il paraît aujourd'hui indispensable de l'organiser d'une façon qui corresponde mieux au parcours des patients.

C'est pourquoi l'article 14 propose de fixer les principes d'une organisation des soins par niveaux de recours, c'est-à-dire en distinguant :

– l'« offre de soins de premier recours », qui a pour vocation de répondre aux besoins de proximité et dont une caractéristique, comme le relève le rapport précité de M. Marc Bernier, tient à ce qu'elle n'est efficace et ne garantit la sécurité de tous les patients que si elle est aisément accessible ;

– l'« offre de soins spécialisés de second recours », qui mobilise des ressources médicales plus rares et, de ce fait, doit être organisée suivant un maillage territorial différent de celui de l'offre de soins de premier recours.

L'offre de soins de premier recours ainsi définie est assurée non seulement par les médecins généralistes, mais aussi par d'autres professions de santé – pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes *etc.* –, qu'ils exercent en ville ou en établissement, à titre libéral ou salarié.

Cette définition trouvera une application pratique dans les schémas d'organisation des soins (SROS) institués par l'article 26, qui devront organiser l'offre de soins suivant les niveaux de recours ainsi définis. En effet, à la différence des actuels schémas régionaux d'organisation sanitaire, limités aux soins hospitaliers, les nouveaux SROS couvriront aussi les soins ambulatoires.

Pour faciliter l'organisation des soins dans le cadre des SROS, la Commission a adopté, à l'initiative du rapporteur, un amendement tendant à préciser le statut juridique de la télémédecine et à l'intégrer dans le code de la santé publique. En effet, la télémédecine permet aux patients d'accéder à certains soins spécialisés dans de bonnes conditions de proximité.

• *Distinguer les médecins généralistes « de premier recours » de ceux qui s'éloignent de l'exercice omnipraticien*

Une des principales difficultés rencontrées dans l'aménagement de l'offre de soins de premier recours tient à la désaffection des jeunes médecins pour l'exercice omnipraticien « classique ».

Dans son rapport annuel 2006-2007, l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) présente deux statistiques qui en témoignent :

– en 2007, sur les 461 postes d'internat non pourvus par les étudiants, qui préfèrent parfois redoubler, 452 concernaient la médecine générale ;

– 40 % au moins des diplômés de médecine générale n'exercent pas le métier de médecin généraliste au sens « classique », amis d'autres métiers – urgentiste, gériatre, homéopathe, acupuncteur, *etc.*

Pourquoi une telle désaffection ?

Il est incontestable que la médecine générale ait fait l'objet d'une politique de revalorisation ambitieuse depuis 2002 : elle a été reconnue comme une spécialité médicale à part entière par la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, et organisée comme telle par un décret du 16 janvier 2004. De même, une véritable filière universitaire de médecine générale est mise en place : la loi du 8 février 2008 a donné un statut universitaire aux enseignants de médecine générale, et des enseignants titulaires seront nommés dans les mois à venir. La loi

de financement de la sécurité sociale pour 2009 a d'ailleurs sécurisé la rémunération de leur activité libérale.

Pourtant, comme le montre l'ONDPS, ces mesures constituent certes « *une avancée sur le terrain de la reconnaissance universitaire* » permettant « *d'affirmer un espace professionnel* », elles demeurent « *inabouties, car elles portent davantage la marque de la définition d'un statut plutôt que celle d'un métier* ». En effet, les pouvoirs publics n'ont jamais défini en France ce qu'ils attendent du médecin généraliste : même dans le cadre du « parcours de soins », on a fait le choix d'instituer un « médecin traitant » plutôt que de définir le métier de médecin généraliste.

C'est pourquoi l'article 14 vise à donner une définition législative de ce métier, dénommé « médecin généraliste de premier recours » pour le distinguer des généralistes ayant un mode d'exercice particulier. Une telle définition doit contribuer à revaloriser l'exercice omnipraticien parmi les jeunes générations de médecins.

2. La formation des médecins est organisée de façon à contribuer à la correction des déséquilibres de la démographie médicale

Il ressort des différents travaux menés sur la démographie médicale que les étudiants ont tendance à s'implanter dans la région où ils ont effectué leurs études. C'est pour cette raison que depuis 2002, les places supplémentaires ouvertes grâce à la hausse du *numerus clausus* ont été attribuées principalement aux facultés situées dans les zones où la densité médicale est la plus faible.

Toutefois, la portée de cette mesure est limitée par le mécanisme des épreuves classantes d'accès à l'internat. En effet, celles-ci étant organisées à l'échelle nationale, les étudiants sont souvent conduits à changer de lieu de formation pour effectuer leur troisième cycle d'études. Une répartition équilibrée du *numerus clausus* ne suffit donc pas à orienter les médecins vers les régions où leur densité est insuffisante : il faut également offrir aux étudiants des filières de formation complètes dans ces régions, en répartissant les postes d'internat de façon cohérente avec le *numerus clausus*.

À cette fin, l'article 15 du projet de loi propose d'instituer une programmation pluriannuelle des postes d'internes : les besoins de formation seront définis pour cinq ans pour chaque centre hospitalier universitaire et pour chaque spécialité en fonction de la démographie médicale et des besoins de santé de la zone concernée. Pour évaluer le niveau de l'offre de soins et les besoins de santé de la population, le Gouvernement prévoit de s'appuyer sur les comités régionaux de l'ONDPS. Avec une telle programmation, il sera plus facile qu'aujourd'hui de « filiariser » les cursus d'études médicales.

Dans le prolongement de ces mesures, la Commission a adopté à l'initiative du rapporteur un amendement qui permet aux étudiants de percevoir une allocation d'études en contrepartie d'une obligation à exercer la médecine dans un de ces territoires, pendant autant d'années que cette allocation leur a été servie. Ce dispositif permettra d'attacher certains étudiants en médecine aux territoires où la démographie médicale est la plus faible.

3. Des mesures spécifiques sont proposées pour lutter contre les difficultés d'accès aux soins aux horaires de la permanence des soins

Le nouveau dispositif de permanence des soins, mis en place entre 2003 et 2005⁽¹⁾ à l'issue de la « grève des gardes » du début des années 2000, n'est pas pleinement satisfaisant. M. Jean-Yves Grall, chargé de plusieurs missions sur ce sujet pour le compte du ministère de la santé, a ainsi estimé devant votre rapporteur que le dispositif actuel était fragile, peu fiable et coûteux.

Coûteux, car la rémunération forfaitaire (150 euros par nuit) offerte aux médecins d'astreinte renchérit le coût moyen des actes effectués – notamment entre minuit et 8 heures, où ces actes sont très rares. Pour compenser en partie cet effet, le nombre de secteurs de garde a été réduit, mais le dispositif coûte néanmoins près de 450 millions d'euros par an.

Peu fiable, car selon M. Jean-Yves Grall, les tableaux d'astreinte sont parfois « *virtuels* ».

Fragile, car si la permanence des soins est une « *mission de service public* » aux termes de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique, elle repose sur le volontariat des médecins libéraux, salariés ou exerçant dans des associations de permanence des soins, de type *SOS Médecins*. Le préfet peut certes procéder à des réquisitions pour pallier le manque de volontaires, mais ce procédé suscite des tensions telles, qu'il ne saurait constituer un mode normal d'organisation de la permanence des soins.

Ainsi, alors que dans certains départements le problème des gardes a été réglé – le rapport précité de M. Marc Bernier met en avant l'exemple de la Mayenne dans ce domaine –, il reste de nombreux départements dans lesquels la permanence des soins n'est pas assurée de façon satisfaisante.

Pour régler ces difficultés, l'article 16 du projet de loi réforme le dispositif de permanence des soins. Il confie son organisation aux agences régionales de santé (ARS), qui auront toute latitude pour y associer les établissements de santé

(1) Cf. les décrets n° 2003-880 du 15 septembre 2003 et n° 2005-328 du 7 avril 2005 relatifs aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence (articles R. 6315-1 à R. 6315-7 du code de la santé publique), et l'avenant n° 4 du 22 avril 2005 à la convention médicale du 12 janvier 2005, approuvé par arrêté le 26 mai 2005.

et pour définir le mode de rémunération des médecins qui y participent. Cette mesure présente deux avantages :

– elle offre aux ARS un éventail d’outils plus large que ce dont disposent aujourd’hui les préfets, leur permettant de mettre en place des organisations adaptées aux spécificités locales ;

– elle permet de ne pas remettre en cause les organisations qui donnent d’ores et déjà satisfaction.

Pour rendre la participation à la permanence des soins plus attractive pour les médecins, le projet de loi prévoit que la responsabilité civile professionnelle des médecins libéraux qui régulent les appels téléphoniques des patients soit couverte par celle de l’hôpital siège du SAMU. En adoptant un amendement présenté par le rapporteur, la Commission a étendu cette couverture aux médecins qui effectuent les consultations et les visites au titre de la permanence des soins.

En outre, le projet de loi prévoit de doubler le montant de l’amende encourue par les médecins qui ne défèrent pas aux réquisitions du préfet pour assurer la permanence des soins. Cette mesure aurait porté le montant de l’amende à 7 500 euros, ce qui paraît très exagéré au regard du revenu mensuel moyen d’un médecin généraliste (5 400 euros). C’est pourquoi la Commission a adopté un amendement du rapporteur tendant à supprimer cette mesure.

4. Les compétences de chaque professionnel de santé pourront être exploitées au mieux en fonction des besoins de chaque territoire

Dans notre système de santé, la répartition des tâches entre les professions de santé est organisée suivant le principe d’un « monopole médical » : les autres professions de santé ont des compétences fixées de façon limitative, qu’elles exercent le plus souvent par délégation d’un médecin, notamment sur prescription. Ces règles de répartition des compétences entre les différentes professions de santé ont une portée nationale.

Dans un contexte de pénurie de médecins dans certains territoires, il peut paraître regrettable que ces règles ne permettent pas d’exploiter au mieux les compétences d’autres professionnels de santé. Faisant le bilan de délégations de tâches et de transferts de compétences expérimentés dans les conditions prévues par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, la Haute autorité de santé (HAS) en collaboration avec l’observatoire national de la démographie médicale (ONDPS) concluent dans une étude récente ⁽¹⁾ qu’une évolution de la répartition des compétences entre les professions de santé permettrait notamment :

– d’améliorer la coordination des soins autour du patient ;

(1) Cf. « Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? », recommandation de la HAS en collaboration avec l’ONDPS, avril 2008.

– de dégager du temps médical, afin de compenser le manque de médecins dans certaines zones ;

– d’améliorer la qualité des soins, notamment en favorisant la prévention et un meilleur suivi des malades chroniques ;

– d’accroître l’efficacité de l’offre de soins ;

– de rendre les professions de santé plus attractives, en permettant aux médecins de se concentrer sur leur cœur de métier et en confiant de nouvelles responsabilités à d’autres professionnels.

Pour dépasser le stade expérimental, il paraît difficile de modifier au cas par cas les règles de répartition des compétences entre les professions de santé. On rappellera qu’il a fallu deux ans, de longues négociations, diverses consultations administratives et le vote d’une disposition législative pour mettre en place un programme de vaccination antigrippale faisant intervenir les infirmiers.

C’est pourquoi l’article 17 du projet de loi prévoit la possibilité pour l’ensemble des professionnels de santé de s’engager dans des « *protocoles de coopération* », dans le cadre desquels ils pourront déroger aux règles de répartition des compétences entre eux.

Ces protocoles auront une portée non pas nationale, mais régionale : ils répondront ainsi à des besoins de santé propres à chaque région. Par exemple, dans une région manquant de gynécologues, les sages-femmes pourraient être autorisées à prescrire des contraceptifs hormonaux ou à réaliser certains examens gynécologiques, ce qui aurait pour effet d’augmenter significativement l’offre de soins en la matière.

Cette démarche sera encadrée par les ARS, chargées de vérifier qu’elles correspondent bien à un besoin local, et la HAS, qui garantira la sécurité des prises en charge ainsi organisées.

5. Les moyens de lutter contre les discriminations dans l’accès aux soins sont développés

La législation ainsi que les règles déontologiques en vigueur interdisent et condamnent le refus de soins fondés sur des motifs discriminatoires.

Pourtant, une étude ⁽¹⁾ publiée en 2006 par le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (CMU-C) a mis en évidence les manquements de certains praticiens à ces obligations. Analysant spécifiquement les refus de soins opposés à des patients au motif qu’ils bénéficient de la CMU-C, cette étude évalue le taux de refus de

(1) *Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, « Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l’égard des patients bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire ».*

soins ⁽¹⁾ dans six villes du Val-de-Marne à 14 % en moyenne chez les médecins, et 39,1 % chez les chirurgiens-dentistes. Cette étude a été réalisée par *testing*, c'est-à-dire suivant une méthode qui consiste à solliciter des soins d'un praticien dans le seul but de démontrer l'existence d'un refus de soins discriminatoire.

Pour lutter contre ces discriminations, l'article 18 réaffirme la prohibition des refus de soins fondés sur un motif discriminatoire. Pour les réprimer, il instaure, en parallèle de la procédure disciplinaire ordinale existante, une procédure de sanction par les directeurs de caisses d'assurance maladie.

Cet article tend aussi à inverser la charge de la preuve dans ces deux procédures de sanction : dès qu'un patient engagerait ces procédures, ce serait au professionnel de santé mis en cause qu'il reviendrait de prouver qu'il n'a pas refusé des soins pour un motif discriminatoire. Outre qu'il risque d'engendrer un contentieux très important, ce mécanisme fait peser sur l'ensemble des praticiens une suspicion qui paraît largement injustifiée.

C'est pourquoi la Commission a adopté un amendement présenté par le rapporteur tendant à modifier cette procédure : une fois que le patient s'estimant victime d'un refus de soins discriminatoire aura saisi soit l'ordre professionnel compétent, soit sa caisse d'assurance maladie, sa demande sera traitée par une commission mixte de conciliation, constituée entre la caisse et le conseil départemental de l'ordre. Si, à l'issue de cette procédure de conciliation, le conseil de l'ordre ne saisit pas la juridiction ordinale compétente, le directeur de la caisse pourra engager une procédure de sanction contre le professionnel de santé.

6. La formation continue des professionnels de santé est profondément renouvelée

Pour toutes les professions de santé, le code de la santé publique prévoit aujourd'hui une obligation de formation continue. Cependant, l'organisation juridique, administrative et financière de ces dispositifs de formation continue manque de cohérence. Non seulement cette organisation varie d'une profession à l'autre, mais au sein même de la profession médicale, elle n'est pas la même selon que les médecins exercent à titre libéral, à l'hôpital ou à titre salarié.

Or la formation continue des professions de santé est un des principaux instruments permettant d'assurer la qualité des soins, en l'absence de procédures de certification ou d'accréditation des pratiques. Pour la rendre plus efficace, il est donc proposé d'harmoniser les règles qui l'encadrent, et d'unifier sa gestion administrative et financière en la confiant à un organisme gestionnaire unique.

(1) Cette étude définit le taux de refus de soins comme le nombre de demandes de soins refusées pour un motif tenant à la qualité de bénéficiaire de la CMU-C par rapport au nombre de demandes adressées aux professionnels de santé.

En vue de rendre la formation professionnelle continue plus utile pour les praticiens, il est aussi envisagé de la centrer sur l'évaluation de leurs pratiques professionnelles.

7. Le secteur de la biologie médicale est réformé pour garantir aux patients le meilleur niveau de qualité

Dans un rapport sur la biologie médicale remis en septembre 2008, à la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, M. Michel Ballereau, conseiller général des établissements de santé, montre que le secteur de la biologie médicale doit être réformé pour garantir aux patients un meilleur niveau de qualité des pratiques. Il ressort de ce rapport que pour réformer la biologie, deux modèles sont envisageables :

– un modèle « industriel », dans lequel les laboratoires se consacrent à titre principal aux activités d'analyse des prélèvements ;

– un modèle « médical », qui valorise le rôle médical du biologiste en amont et en aval de l'analyse.

L'article 20, qui habilite le Gouvernement à réformer la biologie médicale par ordonnance, encadre cette habilitation en fixant les principales orientations de la réforme, qui s'orientent clairement vers le second modèle. En prévoyant une procédure d'accréditation des laboratoires, cet article met la qualité des soins au centre de cette réforme.

Il prévoit aussi un assouplissement des règles de détention du capital des laboratoires, actuellement réservé aux biologistes pour 75 % au moins. Toutefois, un tel assouplissement paraît prématuré pour deux raisons :

– rien ne nous y contraint : la Cour de justice des communautés européennes n'ayant pas encore précisé le droit communautaire applicable en la matière, il vaudra mieux légiférer en pleine connaissance de ce cadre juridique ;

– tant que la réforme proposée par l'article 20 n'a pas été mise en œuvre, notamment en ce qu'elle vise à approfondir le rôle médical des biologistes et la qualité de leurs services, l'industrialisation du secteur permettra certes de baisser certains tarifs, mais elle risque de se traduire aussi par un dérapage des volumes d'examens, comme on a pu l'observer par exemple en Allemagne.

III.- PLACER LA PRÉVENTION AU CŒUR DE LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

Le Président de la République a fait de la prévention une de ses priorités en matière de santé : dans le discours qu'il a tenu à Bletterans, dans le Jura, il a fixé l'objectif ambitieux que les crédits consacrés aux politiques de prévention soient augmentés de près de 50 %, soit 10 % des dépenses de santé au lieu de 7 %.

La prévention doit en effet être au cœur d'une politique de santé publique qui s'est malheureusement trop longtemps concentrée sur les soins. Il s'agira d'une des missions principales des nouvelles agences régionales de santé que de veiller au à l'indispensable rééquilibrage entre politique de prévention (primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire) et politique de soins.

Au-delà de ce changement structurel essentiel, le présent projet comporte quatre articles consacrés à la santé publique et rassemblés dans le titre III intitulé « Prévention et santé publique ». Deux objectifs sont poursuivis : promouvoir et soutenir les actions d'éducation thérapeutique et préserver le capital santé des jeunes, aujourd'hui menacé par des consommations excessives d'alcool et de tabac.

Le Gouvernement n'a pas souhaité aller au-delà afin de respecter le calendrier de travail que le Parlement s'est imposé à lui-même en adoptant la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Cette loi novatrice a introduit une véritable culture de la santé publique et de la prévention et a introduit le principe d'une révision quinquennale de la loi. L'évaluation des 100 objectifs – on peut s'interroger sur la pertinence de définir 100 objectifs – par le Haut Conseil de santé publique vient de commencer et son avis sur la révision des 100 objectifs sera publié en juin 2009. À partir de là, il sera possible d'élaborer une nouvelle loi quinquennale qui pourrait être présentée par le Gouvernement d'ici la fin de l'année, ce qui est cohérent avec la mise en place des agences régionales de santé.

Aussi, si le volet « santé publique » de la loi a bien sûr vocation à s'enrichir quelque peu grâce au débat parlementaire, il conviendra de faire cela avec mesure, sans anticiper de façon excessive sur les débats qui interviendront autour de la future loi de santé publique.

A. L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DOIT ÊTRE DÉVELOPPÉE POUR FAIRE FACE AUX MALADIES CHRONIQUES

1. La montée de la prévalence des maladies chroniques représente un véritable défi pour le système de santé

En France, 15 millions de personnes, soit près de 20 % de la population, sont atteintes plus ou moins sévèrement de maladies chroniques dont 2,5 millions pour le diabète, 3 millions pour la bronchite chronique, 3,5 millions pour l'asthme,

2,5 millions pour l'insuffisance rénale chronique. Les maladies chroniques sont à l'origine de 60 % des décès dont la moitié avant l'âge de 70 ans, le cancer étant la première cause de mortalité avec 34 % des décès chez les hommes et 25 % chez les femmes (155 000 décès par an), soit une augmentation de 13 % depuis 1980. Les maladies cardio-vasculaires sont la deuxième cause de mortalité avec 28 % des décès (150 000 décès) mais la première cause chez les femmes devant le cancer. Viennent ensuite, loin derrière, les maladies respiratoires (6,6 % des décès) et le diabète (6 % des décès).

Parmi les 15 millions de personnes atteintes, 8 millions de personnes relevant du régime général bénéficiaient, au 31 décembre 2007, d'une prise en charge en affections de longue durée (ALD). Ce chiffre progresse de près de 5 % par an depuis 10 ans. Les dépenses de soins des 12 % d'assurés bénéficiant de la prise en charge en ALD représentent 60 % des remboursements de l'assurance maladie. Elles étaient de 50 % en 1992. Si les tendances passées en matière d'évolution des prévalences et des coûts unitaires se prolongent, elles atteindraient 70 % en 2015.

Cette montée de la prévalence des maladies chroniques représente un véritable défi pour le système de santé dont l'un des objectifs prioritaires doit être de mieux prendre en charge et de préserver la qualité de vie des personnes atteintes de ces maladies : c'est bien là l'objectif de l'éducation thérapeutique.

2. L'éducation thérapeutique doit être développée

Selon la définition qu'en a donnée l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1998, l'éducation thérapeutique *« a pour objet de former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie. L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux. L'éducation thérapeutique du patient comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement. La formation doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants. »*

L'éducation thérapeutique est aujourd'hui une activité essentiellement pratiquée en milieu hospitalier : une étude récente de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) ⁽¹⁾ fait ressortir que cette pratique est déclarée majoritairement prioritaire au sein des établissements. En ville, par contre, les initiatives sont peu nombreuses et restées pour la plupart expérimentales alors que les patients atteints de maladie chronique résident à domicile.

(1) *Éducation du patient dans les établissements de santé français - Cécile Fournie, Pierre Buttet - Évolutions n° 9 Mars 2008 - INPES.*

Le dispositif proposé à l'article 22 vise à remédier à ces lacunes et comprend plusieurs points :

– l'inscription dans le code de la santé publique d'un nouveau titre consacré à l'éducation thérapeutique, gage de reconnaissance ;

– la définition d'un cahier des charges national auquel devront répondre les programmes d'éducation thérapeutique, anciens et nouveaux ;

– la détermination par décret des compétences nécessaires à l'éducation thérapeutique avec comme objectif le développement parallèle des formations initiale et continue ;

– la compétence des agences régionales de santé pour agréer, financer et évaluer les programmes d'éducation thérapeutique ;

– la reconnaissance des actions d'accompagnement des patients et leur encadrement par un cahier des charges.

B. LE CAPITAL SANTÉ DES JEUNES DOIT ÊTRE PRÉSERVÉ

1. La consommation d'alcool et tabac est encore très excessive

Chez les jeunes, comme chez les adultes, l'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France. À l'exception d'un point commun avec les adultes (un important clivage selon le sexe), les modes de consommation des jeunes sont différents de ceux de leurs aînés : les jeunes consomment de l'alcool moins souvent que les personnes plus âgées, mais quand ils en boivent, les quantités sont plus importantes et les conduisent plus souvent à l'ivresse.

L'expérimentation d'alcool est déjà très élevée chez les préadolescents : à l'âge de 12 ans, 70 % des garçons et 63 % des filles ont déjà consommé de l'alcool au cours de leur vie. À 16 ans, ce chiffre est de 90 % pour les 2 sexes. 60,5 % des garçons et 53,4 % des filles de 12 à 14 ans ont consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois. Chez les 15-19 ans, comme chez les 20-25 ans, c'est le cas de 80 % des garçons et 75 % des filles.

Rare avant 14 ans, la consommation régulière d'alcool (à partir de 10 fois par mois) augmente ensuite : plus de 20 % des garçons et 7 % des filles à 17 et 18 ans. La consommation quotidienne est néanmoins, et heureusement, très rare chez les jeunes.

Par contre, plus de la moitié des jeunes de 17 ans (57 %) déclarent avoir déjà été ivres au cours de leur vie, et près de la moitié (49 %) au cours des douze derniers mois. L'ivresse régulière (au moins 10 fois dans l'année) quasi nulle jusqu'à 15 ans, est ensuite très largement masculine : elle concerne 14 % des

garçons et 5 % des filles à 17 ans. Par ailleurs, 9 à 10 % des jeunes Français âgés de 18-25 ans présentent des signes d'usage problématique d'alcool.

S'agissant de la nature des boissons consommées, alors que le vin est la boisson la plus consommée dans la population française, il l'est peu parmi les 12-25 ans. À l'inverse, la bière et les alcools forts sont plus consommés par les jeunes. Quant aux « *premix* », leur consommation est plutôt occasionnelle, et leur vente a fortement baissé suite à la fiscalité spécifique mise en place sur ces produits.

Parmi les nouvelles générations, les usages d'alcool sont stables et les ivresses alcooliques apparaissent en hausse entre 2003 et 2005. Cette tendance demande à être confirmée sur de nouvelles données d'enquêtes (ESCAPAD) attendues pour 2009, qui devraient permettre de déterminer si cette hausse est transitoire ou marque une inflexion dans la manière de consommer de l'alcool des adolescents français.

Le développement du « *binge drinking* » (consommation excessive occasionnelle) a des conséquences sanitaires immédiates : entre 2004 et 2007, les hospitalisations pour intoxication alcoolique aiguë ont augmenté de 50 % (de 700 à 1 100) chez les moins de 15 ans, tout comme chez les 15-24 ans (de 8 200 à 12 300). De plus, la neuro-imagerie a montré que la consommation d'alcool à un âge précoce entraîne une diminution de la matière grise dans plusieurs zones cérébrales. Ce mode de consommation présente également des risques de passage vers la consommation excessive chronique et la dépendance.

Enfin, le « *binge drinking* » expose fortement aux accidents (circulation, vie courante...), à la violence et à certains actes délictueux. Ainsi, les jeunes de 15 à 24 ans représentent 13 % de la population française mais 26 % des tués sur la route en 2007, et les accidents sont la première cause de mortalité dans cette tranche d'âge. L'alcool est la principale cause de 42 % des accidents mortels touchant les jeunes de 18 à 24 ans l'été.

S'agissant du tabac, les chiffres du tabagisme des jeunes sont particulièrement peu satisfaisants, et ce, malgré l'interdiction de la vente de tabac aux moins de seize ans, dont le Comité national contre le tabagisme montre qu'elle reste d'ailleurs inappliquée dans 74 % des cas. Selon les chiffres de l'enquête « Paris sans tabac 1991-2008 », chez les élèves parisiens de 12-15 ans, le tabagisme quotidien, après être tombé à près de 2 % en 2007, a repris avec un taux de plus de 7 % en 2008. Chez les 16-19 ans, l'enquête montre un tabagisme stable, voire en légère augmentation, passant de 21 % en 2007 à 22 % en 2008.

Ces chiffres démontrent clairement que les jeunes sont particulièrement vulnérables au tabac. En effet, ils sont depuis plusieurs années la cible de l'industrie du tabac, qui a su s'adapter aux contraintes de la législation en développant de nouvelles stratégies pour les séduire, sous la forme de packagings attractifs ou de sponsoring. Elle développe également des programmes de

prévention « citoyen », qui inscrivent l'acte de fumer dans l'univers de l'adulte, donc de l'interdit et de la transgression pour les jeunes ; en définitive, qui renforcent le pouvoir d'attraction du tabac. L'industrie agit enfin directement sur le produit pour accroître la dépendance des fumeurs.

2. La législation doit s'adapter aux nouveaux modes de consommation

Les articles 23, 24 et 25 proposent un ensemble de mesures visant à tirer les conséquences de la situation décrite ci-dessus et donc à resserrer les réglementations relatives à l'alcool et au tabac.

Les principales dispositions sont les suivantes :

– interdiction générale de la vente d'alcool aux mineurs que ce soit dans les lieux de consommation sur place ou dans les magasins ;

– interdiction de la vente d'alcool au forfait, l'objectif étant la fin des pratiques d'« *open bar* » qui jouent un rôle significatif dans les phénomènes d'alcoolisation massive des jeunes ;

– interdiction de la vente d'alcool dans les stations-service à de très rares exceptions près : mesure symbolique mais dont l'on a peut-être mal mesuré toutes les conséquences ;

– obligation de suivre une formation spécifique pour la vente de boissons alcooliques réfrigérées ;

– encadrement de la vente d'alcool à distance ;

– interdiction des cigarettes bonbons.

IV.- REFONDER LE PILOTAGE TERRITORIAL DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le titre IV du présent projet de loi prévoit une réforme particulièrement ambitieuse du pilotage de notre système de santé :

– il en simplifie considérablement la gouvernance, recomposée autour d’agences régionales de santé (ARS) ;

– il organise à l’échelon régional la représentation élective de tous les professionnels de santé libéraux ;

– il réforme certaines modalités de fonctionnement du secteur médico-social.

A. LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ DONNERONT PLUS DE COHÉRENCE ET D’EFFICACITÉ AU PILOTAGE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DES SOINS ET DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

Évoquée depuis longtemps et très attendue par l’ensemble des acteurs, la création d’agences régionales de santé est amenée à recomposer complètement la gouvernance territoriale de notre système de santé.

1. La gouvernance actuelle du système de santé à l’échelon régional repose sur une organisation à bout de souffle

Aujourd’hui, l’offre de soins est pilotée à l’échelon régional de façon cloisonnée en différents secteurs d’activité :

– s’agissant de l’hôpital, la politique régionale d’offre de soins hospitaliers est définie et mise en œuvre par l’agence régionale de l’hospitalisation (ARH) au moyen d’un schéma régional d’organisation sanitaire (SROS) élaboré après avis d’un comité régional de l’organisation sanitaire (CROS), en lien avec la direction de l’hospitalisation et de l’organisation des soins (DHOS) du ministère de la santé et des sports ;

– en matière de soins de ville, les unions régionales des caisses d’assurance maladie (URCAM) sont chargées de mettre en œuvre une politique commune de gestion du risque et de promouvoir les actions de coordination des soins et la mise en œuvre des bonnes pratiques par les professionnels de santé, en lien avec les caisses nationales d’assurance maladie ;

– les actions de santé publique et de prévention sont mises en œuvre par les groupements régionaux de santé publique (GRSP), qui établissent programmes régionaux de santé publique (PRSP) soumis à l’avis de conférences régionales de

santé (CRS), en lien avec la direction générale de la santé (DGS) du ministère de la santé et des sports ;

– l’offre de services médico-sociaux est organisée de façon partagée entre l’État, les conseils généraux, les caisses d’assurance maladie et la caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA), suivant des procédures d’autorisation et d’habilitation au titre de l’aide sociale qui varient pour chacune des quinze catégories de structures médico-sociales définies par l’article L. 312-1 du code de l’action sociale et des familles ;

– des missions régionales de santé constituées entre les ARH et les URCAM sont chargées notamment de délimiter les zones déficitaires en offre de soins dans lesquelles les professionnels de santé sont éligibles à certaines aides ;

– la veille et la sécurité sanitaires sont opérées notamment par les directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS), sous le contrôle des préfets et avec l’appui de 16 cellules interrégionales d’épidémiologie (CIRE) copilotées par l’Institut de veille sanitaire (InVS), en lien notamment avec la DGS.

Dans un récent rapport sur les agences régionales de santé (ARS)⁽¹⁾, M. Yves Bur fait sur ce pilotage les remarques suivantes : « *le statu quo n’est plus possible : tous les acteurs de notre système de santé s’accordent à constater que sa gouvernance est « à bout de souffle ». Organisée « en tuyaux d’orgue », elle segmente en effet la prise en charge de la santé des Français en plusieurs secteurs, pourtant interdépendants – la prévention, la médecine libérale, l’hôpital, le secteur médico-social –, dont le pilotage est cloisonné, tant au niveau national que sur le terrain. Il en résulte des ruptures dans la prise en charge des patients, un déséquilibre entre le volet préventif et le volet curatif de nos politiques de santé – au détriment du premier – et, surtout, des risques importants pour la viabilité financière de notre système de santé ».*

2. La création des agences régionales de santé répond à un objectif de simplification et d’efficacité

Pour remédier à la perte d’efficacité dans la conduite des politiques publiques qui résulte de l’enchevêtrement actuel des institutions, des outils de planification et des organes de concertation existant à l’échelon régional, la création des ARS simplifiera radicalement la gouvernance du système de santé.

En effet, l’ARS se substituera en effet aux agences, caisses et services suivants : l’ARH, la DRASS et la DDASS, l’URCAM, le GRSP, la MRS et, pour une partie de ses missions, la caisse régionale d’assurance maladie (CRAM). Les documents de planification de l’action de ces organismes seront rassemblés et mis

(1) Rapport d’information n° 697 présenté par M. Yves Bur au nom de la mission d’information sur les agences régionales de santé et déposé par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, février 2008.

en cohérence au sein d'un « projet régional de santé ». Une nouvelle conférence régionale de santé se substituera aux divers organismes consultatifs existants.

Ainsi, l'ARS aura un large périmètre de compétences, incluant la santé publique et la prévention, la veille et la sécurité sanitaire, les soins de ville, les soins hospitaliers et la part du secteur médico-social qui a une dimension sanitaire et reçoit pour cette raison des financements de l'assurance maladie. Ainsi, le champ de compétences de l'ARS couvre l'ensemble du champ de la santé, ce qui est un gage d'efficacité dans la mise en œuvre des politiques publiques de santé. En effet, le cloisonnement entre la ville et l'hôpital explique en grande partie les difficultés rencontrées dans l'organisation de la permanence des soins ; en outre, en pilotant conjointement le secteur hospitalier et le secteur médico-social, les ARS seront mieux à même que les ARH de procéder à la nécessaire transformation de services de soins aigus en structures médicosociales. Pour autant, cette intégration du médico-social ne doit pas se faire au détriment de la culture très particulière de ce secteur, dans lequel les acteurs associatifs de terrain jouent un rôle prédominant : cette culture doit être préservée et, mieux, imprégner les domaines hospitalier et ambulatoire.

De façon cohérente avec la recherche d'une efficacité accrue dans le pilotage du système de santé, l'ARS ne sera pas constituée en groupement d'intérêt public (GIP) entre l'Etat et l'assurance maladie, comme l'ARH, mais en établissement public. Ce statut, réputé plus adapté que le statut de GIP à une administration de gestion, lui permettra d'avoir un exécutif fort – son directeur général –, investi sur ses personnels d'une autorité hiérarchique directe qui manque beaucoup à l'ARH. Cette dernière dispose essentiellement de personnels mis à sa disposition numériquement – mais pas fonctionnellement – par les DDASS, les DRASS et les caisses d'assurance maladie.

Un exécutif n'est vraiment efficace que s'il est mis en position de responsabilité : c'est pourquoi l'article 26 tend à renforcer la conférence régionale de santé (CRS) afin d'en faire un organe efficace de démocratie sanitaire et à instituer un conseil de surveillance de l'ARS.

Afin de faire jouer pleinement ces mécanismes de surveillance et de conseil, la Commission a adopté plusieurs amendements présentés par le rapporteur tendant à renforcer les pouvoirs de ces deux instances par rapport à ce que propose le projet de loi. Ainsi, le conseil de surveillance de l'ARS sera saisi pour avis du « projet régional de santé » qui regroupera différents instruments de planification sanitaire ; la conférence régionale de santé sera quant à elle consultée sur les orientations stratégiques de la politique menée par l'ARS.

À l'initiative conjointe du président Pierre Méhaignerie et du rapporteur, la Commission a aussi prévu la possibilité de confier la présidence du conseil d'administration de l'ARS à une personnalité qualifiée plutôt qu'au préfet de région, comme le prévoit le projet de loi.

Votre rapporteur proposera de renforcer les pouvoirs de ces deux instances par rapport à ce que propose le projet de loi.

Surtout, l'ARS sera dotée d'outils nouveaux, lui permettant d'organiser efficacement l'offre de soins. En effet, son schéma régional d'organisation des soins (SROS) traitera de l'offre de soins ambulatoires : si ce volet ne sera pas juridiquement opposable, comme le sera le volet hospitalier de ce schéma, il n'en servira pas moins de référence pour l'attribution des aides publiques.

Elle sera aussi dotée d'outils contractuels :

– elle pourra proposer aux établissements, centres, maisons ou réseaux de santé et aux structures médico-sociales d'adhérer à des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ;

– elle pourra proposer aux professionnels (sans distinction de statut) des contrats d'amélioration des pratiques en santé.

Elle aura également toute latitude pour définir le mode d'organisation et de financement de la permanence des soins le plus adapté aux territoires de son ressort.

Ainsi, la création des ARS telle que l'article 26 la propose permettra une gouvernance régionale du système de santé plus simple et plus efficace.

B. LA CRÉATION D'UNIONS RÉGIONALES DES PROFESSIONS DE SANTÉ PERMET DE REPRÉSENTER L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

À l'image de ce qui existe pour les médecins avec les unions régionales des médecins libéraux (URML), l'article 27 du projet de loi crée pour chaque profession de santé des unions régionales des professions de santé, constituées de membres élus, et refonde le système de représentativité des organisations syndicales de professions de santé sur la base de cette légitimité électorale.

1. Chaque profession de santé bénéficiera d'une représentation élue à l'échelon régional

L'article 27 propose de créer dans chaque région :

– une union régionale des professionnels de santé (URPS) qui représente, pour chacune des professions de santé, les praticiens exerçant à titre libéral, à l'image de l'actuelle URML ;

– une fédération régionale des professionnels de santé libéraux, qui regroupe l'ensemble des URPS de la région.

Sauf exception motivée par un effectif trop faible de professionnels, les membres de chaque URPS seront élus. Ils constitueront ainsi des interlocuteurs légitimes pour les ARS.

2. La légitimité électorale est prise en compte pour reconnaître la représentativité des syndicats nationaux

Actuellement, les organisations syndicales de professionnels de santé libéraux doivent être reconnues « *représentatives* » pour négocier les conventions organisant les rapports de ces professionnels avec l'assurance maladie, ou former opposition contre une de ces conventions. Leur représentativité est appréciée sur le fondement des critères suivants : effectifs, indépendance, cotisations, expérience, audience électorale et ancienneté du syndicat.

L'audience électorale n'est donc pas le seul critère de représentativité des syndicats. C'est pourquoi, actuellement, un syndicat de médecins dont les listes recueillent une large part des voix lors des élections aux URML peut ne pas être reconnu comme représentatif : il peut en résulter un conflit de légitimité entre ces deux modes de représentation des médecins.

Pour éviter que la création des URPS étende le risque de tels conflits de légitimité à d'autres professions de santé, il est prévu :

- d'inclure l'audience électorale aux URPS dans les critères permettant de reconnaître la représentativité des syndicats admis à négocier les conventions professionnelles ;

- de soumettre la validité de ces conventions à la signature d'un ou plusieurs syndicats représentatifs ayant recueilli au moins 30 % des suffrages exprimés au niveau national lors des élections aux URPS ;

- de subordonner la possibilité pour un ou plusieurs syndicats de former opposition contre l'application d'une convention à la condition qu'ils aient réuni la majorité absolue des suffrages lors des élections aux URPS.

C. LA RÉFORME DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL PERMETTRA DE RÉPONDRE AUX BESOINS DE LA POPULATION

L'article 28 propose un certain nombre de réformes dans le domaine médico-social, certaines se contentant de tirer les conséquences de la création des ARS, d'autres plus autonomes.

1. Les mécanismes de planification et d'autorisation sont rationalisés

La création des ARS implique le transfert d'un certain nombre de compétences aujourd'hui exercées par le préfet en particulier dans le domaine de

l'autorisation de création de nouvelles structures. Il reviendra donc au directeur d'ARS d'autoriser, seul ou conjointement avec le président du conseil général selon le mode de financement de l'établissement, la création ou l'extension des structures médico-sociales financées par l'assurance maladie.

Par ailleurs, et c'est là une des innovations importantes du projet de loi, l'ARS aura pour mission d'élaborer un schéma régional de l'organisation médico-sociale qui déclinera dans ce domaine les grandes orientations du plan stratégique régional de santé. Ce schéma régional, qui devra être élaboré en concertation très large avec l'ensemble des acteurs et des partenaires du secteur et avec les conseils généraux, doit permettre de combler un vide aujourd'hui source de contre-performance : le partage des compétences entre les conseils généraux – qui sont l'autorité de planification de droit commun – et l'État – qui programme à travers le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) les créations de places médico-sociales financées par l'assurance maladie – donne lieu à deux exercices de programmation parallèles, voire dans certains cas contradictoires.

Le conseil général est réaffirmé comme chef de file des politiques de proximité dans la continuité de la loi du 11 février 2005 et dans la perspective du V^e risque, au travers des schémas départementaux : ces schémas devront être articulés avec le schéma régional grâce à la concertation avec les différents acteurs de terrain et la commission spécialisée dans le médico-social au sein de l'ARS.

2. Une procédure d'appel à projets est mise en place

L'actuelle procédure d'autorisation de création de places nouvelles dans le secteur médico-social, centrée sur le CROSMS (comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale), n'est satisfaisante aujourd'hui ni pour les gestionnaires, ni pour les pouvoirs publics. En particulier, le CROSMS ne joue pas son rôle de filtre puisque la grande majorité des projets recueille un avis positif du CROSMS et le filtre réel ne joue que plus tard, dans l'attente de financements en provenance de l'ONDAM médico-social.

Aussi est-il envisagé, dans le cadre des ARS et des engagements pris dans la perspective du cinquième risque, de réformer en profondeur la procédure d'autorisation de création de places :

- en instituant une procédure d'appels à projets, sur la base de la définition des besoins, élaborée collectivement dans le cadre du schéma régional médico-social et des schémas départementaux ;

- en supprimant les CROSMS dans leur format actuel et en les remplaçant par une section spécialisée de la conférence régionale de santé, chargée de donner un avis sur le projet de schéma régional de l'organisation sociale et médico-sociale (SROSMS) et sur les contenus des appels à projet.

Il s'agit donc de passer d'une procédure où l'initiative du projet est le plus souvent du côté du promoteur (avec le risque de voir financer des projets ne répondant pas aux priorités des besoins à satisfaire) à une procédure où l'initiative est également du côté des pouvoirs publics. Cela permettra de sélectionner les projets les plus conformes aux priorités définies collectivement par le projet régional de santé.

Il s'agit là d'un changement fondamental qui a légitimement pu inquiéter les acteurs du secteur médico-social, le travail de pédagogie ayant peut-être été quelque peu tardif. En particulier, les associations du champ médico-social ont exprimé leur crainte que cette procédure d'appel à projet, en privilégiant un processus de haut en bas, ne freine la créativité et l'innovation ; or, dans le secteur médico-social, c'est bien souvent du terrain, des associations qu'ont surgi les solutions innovantes de prise en charge des personnes vulnérables. Le rapporteur souhaite donc qu'à côté de la procédure d'appel à projet subsiste une procédure d'autorisation fondée sur un processus de bas en haut afin de préserver la capacité d'innovation des acteurs de terrain.

3. La généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens garantira une meilleure gestion du secteur

Le projet de loi prévoit pour les centres d'hébergement et de réinsertion, les centres d'aide par le travail, les centres d'accueil pour demandeurs d'asile, les d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les grands établissements sociaux et médico-sociaux relevant de la compétence tarifaire exclusive du directeur général de l'ARS ou du préfet de région, la mise en place de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Cette généralisation des CPOM doit permettre de faire évoluer les modes de relation avec les opérateurs que sont les gestionnaires d'établissement (sans considération de statut public ou privé) : il s'agit de changer d'approche dans l'animation du secteur et de passer d'une démarche tutélaire, induite par le mode de tarification « établissement par établissement », à une approche pluriannuelle (contrat de cinq ans) et globale (analyse des financements pour un ensemble d'établissements) mettant en relation objectifs de qualité de service rendu et moyens alloués.

Cette approche décloisonnée du financement des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) vise à rendre de la lisibilité et de la visibilité tant au secteur gestionnaire qu'aux pouvoirs publics : Le secteur est en effet extrêmement atomisé (environ 30 000 ESMS) et la tarification « établissement par établissement » ne fait que rendre moins efficient l'animation du secteur qui se retrouve englué, pour ses choix de gestion, par un dispositif de tarification annuel et par « unité d'œuvre » (par établissement) au détriment d'une approche globale et pluriannuelle forcément plus stratégique et efficiente.

La politique de contractualisation repose donc sur la volonté de redonner des marges de manœuvre et de gestion pour ceux des gestionnaires dont la taille et l'importance leur permettent de développer cette conduite stratégique (approche par activité et non par établissement, mutualisation des charges communes).

La généralisation des CPOM est enfin justifiée par un souci d'accélérer la structuration du secteur médico-social de nature à lui donner une assise qui garantira sa place et son positionnement au regard des macrostructures hospitalières. L'enjeu est de permettre au secteur de peser dans ce nouvel environnement sanitaire et social décloisonné que constituent les ARS.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I.- AUDITION DES MINISTRES

La Commission procède à l'audition, ouverte à la presse, de Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, et de Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité, sur le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n° 1210) au cours de sa séance du mercredi 28 janvier 2009.

M. le président Pierre Méhaignerie. Nous entamons la première étape de l'examen du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires. Je remercie Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé et des sports, et Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité, de leur présence. Je remercie également mes collègues de la majorité et de l'opposition qui travaillent sur ce texte depuis plusieurs semaines.

Je souhaite que notre commission aborde ce projet important sous deux angles, celui de la vérité et celui de la responsabilité.

Nous devons d'abord nous garder du catastrophisme : notre système de santé reste envié, notre espérance de vie est supérieure à la moyenne des pays de l'OCDE, le taux de prise en charge par le régime général de l'assurance maladie, qui s'élève à 77 %, est constant depuis de longues années, et les effectifs connaissent dans le domaine de la santé une forte progression. Cela étant, le vieillissement de la population et les besoins grandissants de nos compatriotes en matière de santé exigent des adaptations. C'est pourquoi il nous faut reconsidérer tout à la fois les problèmes de gouvernance, d'organisation territoriale, d'accès aux soins, de qualité des soins, de prévention, de dépassements d'honoraires, etc.

En matière de dépenses sociales, nous avons dépassé la Suède et nous nous situons désormais au premier rang des pays de l'ex-Europe des Quinze. Pourtant, les ratios de résultats nous placent souvent dans une position très inférieure, qu'il s'agisse de lutte contre la pauvreté, d'insertion des jeunes dans la vie professionnelle, de chômage ou de santé. Nous avons donc le devoir d'améliorer notre performance sociale. Combien de fois ai-je entendu dire à l'étranger que la France est sur-administrée et sous-organisée ! Combien de fois ai-je entendu des chefs d'entreprise déconseiller de s'implanter dans notre pays au motif que tout y est trop compliqué !

Je le répète, nous devons placer les devoirs de vérité et de responsabilité au cœur de ce débat.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. Permettez-moi, pour commencer, d'exprimer ma joie et ma fierté de présenter à

vosre commission un projet de loi que je porte avec conviction et enthousiasme, et dont je ne doute pas que vous saurez encore l'enrichir.

Si je suis venue pour vous répondre, je serai également très à l'écoute de vos propositions, comme j'ai pu l'être, plus largement, pendant les longs mois de concertation qui ont présidé à l'élaboration de cette réforme. Je remercie les parlementaires de toutes sensibilités qui ont participé à cette œuvre commune.

Celle-ci n'a de sens que parce qu'elle répond à des besoins et à des attentes : ceux de nos concitoyens, perdus dans des parcours de soins trop cloisonnés et soucieux d'être bien soignés, en toute équité et en toute sécurité ; ceux aussi des professionnels de santé, qui réclament de nouveaux modes d'organisation et d'exercice, plus cohérents et plus efficaces, pour répondre à leurs aspirations comme aux évolutions de la société.

C'est cette approche pragmatique et responsable, inspirée des expériences de terrain, née du dialogue et de la compréhension, qui définit les grandes orientations d'un projet visant à moderniser profondément et durablement notre système de santé. La réforme est indispensable : c'est aujourd'hui que doit se préparer l'avenir de notre édifice de santé.

Notre système a besoin de moyens ; nous les lui donnons et la dernière loi de financement de la sécurité sociale lui a alloué près de 5 milliards d'euros de plus qu'en 2008. Il a aussi besoin d'organisation, et il convient de ne pas opposer ces deux aspects. Face aux défis qui s'annoncent, nous devons nous organiser dès à présent pour utiliser au mieux nos ressources humaines et financières dans une perspective de santé durable et solidaire.

Comment garantir la qualité et la sécurité des soins ? Comment assurer à tous les Français, partout en France, un égal accès aux soins ? Comment offrir aux établissements de santé et aux professionnels les moyens de mieux accomplir leurs missions ? En un mot, comment préserver les principes de qualité, de solidarité et de justice ? Telles sont les questions fondamentales qui nous préoccupent tous et que nous ne pouvons laisser sans réponse.

Guidée par ces impératifs, j'ai voulu un projet tout à la fois ambitieux et réaliste, cohérent et adapté aux situations réelles.

S'adapter, c'est réformer l'hôpital et le moderniser autour d'un projet médical pour renforcer les missions de service public. C'est aussi aménager les structures de soins en fonction des besoins de la population, qui ne sont pas les mêmes dans toutes les régions et pour tous les malades. Les établissements de santé seront ainsi amenés à coopérer davantage les uns avec les autres et à mutualiser leurs moyens humains et financiers pour offrir une réponse plus efficace. Les communautés hospitalières de territoire seront la garantie d'une offre de soins complète et bien visible.

S'adapter, c'est renforcer le dialogue entre l'hôpital, la médecine de ville et le secteur médico-social, en suivant l'évolution des parcours de soins des patients. Les soins et hospitalisations à domicile se développent, la population âgée en maisons de retraite et en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est de plus en plus nombreuse. Il est donc impératif de faciliter les transferts par un décloisonnement de notre système de santé.

S'adapter, c'est mieux répartir l'offre de soins sur le territoire pour lutter contre les « déserts médicaux », dans le respect de la liberté d'installation des médecins. Les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) ambulatoires, définis en concertation avec les professionnels, permettront d'aménager l'offre en fonction des besoins.

S'adapter, c'est aussi favoriser les modes d'exercice plébiscités par les patients comme par les jeunes médecins, qui ne veulent plus travailler de manière isolée mais en coopération les uns avec les autres et en collaboration avec les autres professions de santé, notamment au sein des maisons de santé.

S'adapter, c'est également prendre en compte l'évolution des modes de vie et les désirs croissants d'autonomie et de bien-être de chaque Français.

S'adapter, c'est en outre accorder une importance accrue aux soins préventifs, à côté des soins curatifs. Nos politiques de prévention et de santé publique visent ainsi à promouvoir l'éducation thérapeutique du patient et à protéger la santé de nos concitoyens, en particulier des plus jeunes.

S'adapter, c'est enfin territorialiser nos politiques de santé. Les agences régionales de santé (ARS) auront vocation à renforcer l'ancrage de nos politiques de santé en région, en les déclinant selon les spécificités de chaque territoire. Cela passe par un pilotage unifié et cohérent. En se substituant à sept organismes différents et en investissant l'ensemble du champ de la santé, les ARS amélioreront sensiblement l'efficacité de notre système. Les conférences régionales de santé, instances de la démocratie sanitaire, seront le lieu de concertation entre les agences et tous les acteurs régionaux, notamment les élus.

Vous l'aurez compris, cette réforme d'envergure est destinée à simplifier notre système et à lui rendre toute sa lisibilité. Replacer le patient au cœur de nos préoccupations et faire reposer l'édifice sur l'engagement responsable des professionnels : cette double exigence, choisie et revendiquée, procède d'une logique de confiance tout autant que d'efficacité.

C'est à ces conditions que nous maintiendrons, sur le long terme, un système de santé solidaire. Ce projet collectif requiert la mobilisation de tous. Je crois beaucoup à la richesse du débat parlementaire que nous ouvrirons très prochainement et qui nous permettra d'avancer ensemble vers cet objectif ambitieux. Je serai, soyez-en sûrs, très attentive à vos propositions, qui seront écoutées et discutées.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité. Je vous remercie, monsieur le président, de m'avoir associée à cette audition. Si la plus grande partie du projet de loi relève, naturellement, des compétences de Mme Roselyne Bachelot, le titre IV, qui crée les agences régionales de santé, aura un impact direct sur le champ du secteur médico-social puisque, comme cela avait été envisagé depuis de nombreuses années sans jamais être réalisé, les futures ARS piloteront conjointement les politiques sanitaire et médico-sociale. Ce changement est d'importance et je n'ignore pas plus que vous, qui avez certainement été sensibilisés par les différents acteurs de ce secteur, les inquiétudes qui se sont exprimées ici ou là.

Ces interrogations sont compréhensibles au regard de l'ampleur et de la complexité du chantier. Cependant, l'ensemble des acteurs a bien saisi que la création des ARS offre une chance de décloisonner, enfin, les approches des différents champs de la santé afin d'améliorer le service rendu à nos concitoyens.

C'est la raison pour laquelle je me réjouis d'être parmi vous aujourd'hui pour évoquer les points qui méritent d'être expliqués et ceux qui appelleront des garanties, notamment au moment où s'élaboreront les décrets d'application. Je ne doute pas que le travail approfondi de votre rapporteur, M. Jean-Marie Rolland, dont je tiens à saluer l'extrême implication, vos travaux en commission et le débat que nous aurons en séance publique permettront d'apporter des améliorations sensibles au projet.

Tout le dispositif ne relevant pas du champ législatif, je veillerai à ce que le volet réglementaire prenne systématiquement en compte les problématiques médico-sociales. Cette sensibilité devra aussi transparaître dans le recrutement des directeurs d'ARS et de leurs équipes. C'est un point sur lequel Roselyne Bachelot et moi-même sommes parfaitement en phase.

Avec Brice Hortefeux, je voudrais abonder dans le sens de la ministre et confirmer que cette réforme se fera, pour ce qui concerne le secteur médico-social, en suivant trois lignes de force : premièrement, la pleine prise en compte des enjeux médico-sociaux dans les politiques conduites par l'agence, au même rang que les enjeux sanitaires ; deuxièmement, la pleine association du secteur – associations et collectivité locales – à la définition des priorités de la politique régionale de santé et à ses conditions de mise en œuvre ; troisièmement, la mise en œuvre effective de la « fongibilité asymétrique ».

Rien de constructif ne pourra se faire sans l'implication dans ce grand chantier des personnels – ceux de l'État, ceux de l'assurance maladie, mais aussi ceux des départements. La création des ARS n'est pas qu'une réforme administrative, c'est aussi, en matière médico-sociale, une véritable « révolution culturelle ». Il s'agit de passer d'une administration centrée sur la santé entendue comme la prise en charge des soins aigus et de la maladie, à un service public qui impulse une conception globale de la santé envisagée, selon la définition de l'OMS, comme « un état de complet bien-être physique et mental ». À ce titre,

l'accompagnement des personnes en situation de perte d'autonomie sera bien, tout comme la prévention, au cœur du projet des ARS.

Je l'ai dit aux différents acteurs, je considère que les ARS sont une chance pour le secteur médico-social. Mais cela suppose que l'on préserve les acquis, comme la prise en charge globale et personnalisée ou la place privilégiée des usagers et des associations. Telle est précisément l'intention du Gouvernement. L'ARS, ce n'est pas la domination d'un secteur sur un autre mais l'addition de toutes les forces pour assurer la cohérence des actions en matière de santé, qu'il s'agisse de prévention, de soins aigus, ou d'accompagnement au long cours. Naturellement, cette création dote le secteur médico-social d'un cadre nouveau, notamment avec la nouvelle procédure d'appel à projets et avec la définition collective et transversale des besoins, *via* le projet régional de santé et le schéma médico-social.

C'est donc un projet globalement équilibré que nous proposons. Il apportera toutes les garanties nécessaires en termes de représentation des acteurs et de possibilités laissées aux promoteurs de proposer des projets innovants. Le secteur s'est inquiété que la logique de l'appel à projets n'empêche les intervenants de terrain de demeurer des forces de proposition faisant progresser nos réflexions. La réforme permettra au contraire de mettre fin à l'allongement constant des listes d'attente qui découragent d'autant plus les porteurs de projet que la procédure actuelle ne permet pas une réelle expression des priorités.

Il faut permettre enfin au secteur médico-social de se doter de mécanismes efficaces pour garantir que les projets répondant le mieux aux besoins de la population soient autorisés. À ce propos, Brice Hortefeux, Roselyne Bachelot et moi-même avons la ferme intention de mettre effectivement en œuvre la fongibilité asymétrique, qui permettra de transférer des moyens du sanitaire vers le médico-social et non l'inverse. Il s'agit, en quelque sorte, de sécuriser le champ du médico-social dans le nouveau dispositif commun. Cette démarche a aussi un sens pour le secteur sanitaire puisqu'elle offre de nouvelles perspectives de développement dans le champ médico-social à des établissements de proximité et qu'elle permet d'améliorer le fonctionnement des services de court séjour, pour lesquels le manque de places médico-sociales en établissement et à domicile représente une difficulté permanente.

Nous avons déjà commencé à mettre en œuvre cette orientation : au titre de la fongibilité, l'enveloppe médico-sociale augmente de plus de 300 millions d'euros en 2009, du fait de la transformation de structures sanitaires en établissement médico-sociaux. La fongibilité asymétrique concerne également l'enveloppe de la prévention, elle aussi très importante pour donner tout son sens à cette approche globale et moderne de la santé que doivent impulser les ARS. Un amendement vous sera présenté afin de donner une base législative au principe de fongibilité asymétrique.

Pour peu que nous sachions faire vivre ce projet en mobilisant tous les acteurs, les ARS permettront de décroisser, d'assurer la participation de tous les acteurs à une programmation coordonnée et de rendre plus rapides et plus efficaces les procédures de création de places. Pour cela, il faut réaffirmer l'engagement que la création des ARS ne s'accompagnera pas de mutations forcées pour le personnel des services déconcentrés.

Afin d'assurer la continuité de la prise en compte de la proximité, le projet prévoit des délégations territoriales de l'ARS dans chaque département. Si l'on a pris le soin de parler de « délégations » et non d'« antennes », c'est bien pour signifier que cette structure départementale disposera d'un mandat pour mettre en œuvre la stratégie de l'agence et qu'elle pourra ainsi être un véritable interlocuteur local pour le préfet et pour les différents partenaires de l'ARS.

Comme Roselyne Bachelot, je suis certaine que vos propositions permettront d'enrichir un texte qu'il est nécessaire de construire avec le terrain.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. L'affluence à cette audition montre combien ce texte était attendu. Pour répondre aux attentes de nos compatriotes, le projet de loi propose une réorganisation générale de notre système de santé, fondée sur la régionalisation et la responsabilisation. Il aborde la santé dans son ensemble : prévention, soins de ville, soins en établissement, intervention médico-sociale. Il prend en compte les particularités régionales et vise à permettre des coopérations entre tous les acteurs, professionnels, collectivités ou associations. Surtout, il introduit de la souplesse. Le directeur général de l'ARS deviendra un véritable aménageur du territoire en matière de santé.

Cela dit, un texte d'une telle ampleur soulève bien entendu des questions.

Quelle sera la coordination des ARS au niveau national ? Comment s'organisera le lien entre le directeur général de l'agence et le conseil de surveillance ?

Concernant les établissements de santé, comment le Gouvernement conçoit-il la délégation de missions de service public ? Quel est son sentiment sur l'équilibre au sein du directoire entre les médecins d'une part et le directeur et les « managers » d'autre part ? Quelles formes pourront prendre les coopérations sanitaires ? Envisage-t-on d'ores et déjà des mesures incitatives, en faveur de ces projets de coopération ?

Le titre III du texte traite des questions de santé publique. Il aborde les sujets de l'éducation thérapeutique, du tabac et de l'alcool, mais pas celui de la santé mentale. Quels sont les projets du Gouvernement en ce domaine ?

Par ailleurs, l'accès de tous à des soins de qualité est une préoccupation essentielle pour les Français. Pourriez-vous, madame la ministre, préciser ce que le Gouvernement entend faire pour ce qu'il est désormais convenu d'appeler les « déserts médicaux » ? Quelle est votre position concernant les refus de soins

illégitimes, thème sur lequel nous sommes souvent interrogés ? Quelles indications pouvez-vous aujourd'hui nous donner concernant la qualité des soins ?

Madame la secrétaire d'État, comment envisagez-vous la présence des acteurs médico-sociaux dans les ARS ? Comment concilier les schémas régionaux d'organisation médico-sociale et les politiques départementales élaborées par les conseils généraux ? Par ailleurs, la notion d'appel à projets n'est pas connue des associations et des différents intervenants. Qui lancera ces appels, qui pourra y répondre, qui sélectionnera les projets ? Est-il envisageable que les ARS délèguent aux conseils généraux la responsabilité de certaines procédures ?

Mme Marisol Touraine. Je vous remercie, mesdames les ministres, pour votre présentation. J'ai apprécié la précision des propos de Mme Létard. Quant à la concision de ceux de Mme Bachelot, signifie-t-elle que le texte que nous avons entre les mains va évoluer donc que celui dont nous discuterons dans quelques semaines sera, comme on le dit, sensiblement différent ?

Je voudrais néanmoins exprimer notre relative déception. Les attentes sont fortes, tant dans la population que chez les professionnels de santé. Comme nous, ceux-ci savent bien que les résultats acquis au cours des dernières décennies sont excellents pour ce qui est de l'état de santé et de l'espérance de vie, mais que les inégalités existent toujours et qu'elles se creusent même. Aux yeux de beaucoup, le système de soins actuel est à bout de souffle.

Le texte comporte quelques éléments positifs, malheureusement trop isolés. Nous déplorons en particulier l'aspect « peau de chagrin » du dispositif consacré à la santé publique et à la prévention : le projet aborde à peine le premier aspect et pas du tout le second. Je n'imagine pas, madame la ministre, que la santé publique se réduise pour vous au problème – certes important – des cigarettes bonbons et de l'alcoolisme des jeunes.

S'il est exclu de s'engager par principe dans une course à l'augmentation des moyens, nous ne pouvons admettre que l'on impute les problèmes rencontrés par le système hospitalier aux seuls problèmes d'organisation. Le Président de la République l'a rappelé, les moyens alloués à l'hôpital ont fortement progressé : 26 milliards en dix ans. Mais, dans le même temps, 30 milliards ont été alloués à la médecine ambulatoire... La dernière loi de financement de la sécurité sociale fixe un objectif national de dépenses de santé (ONDAM) hospitalier beaucoup plus strict que l'ONDAM de la médecine de ville, ce qui traduit bien une restriction des moyens. Pourquoi ce projet ne s'accompagne-t-il pas d'un grand plan d'investissement – y compris immobilier – pour l'hôpital ?

De nombreux personnels hospitaliers, notamment des médecins, ont le sentiment que leur pratique est de plus en plus soumise à des contraintes administratives et financières. C'est pourquoi nous souhaiterions connaître votre position sur certaines mesures précises. Est-il ainsi raisonnable de poursuivre dans la voie de la convergence tarifaire intersectorielle entre l'hôpital public et le

secteur privé alors que le premier assure des missions de service public extrêmement coûteuses dont certaines, comme la prise en charge de la précarité, ne sont pas financées au sein de l'enveloppe dédiée aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ? Si l'on ne veut pas d'une gestion purement financière de l'hôpital, est-il raisonnable de proposer de diminuer les pouvoirs de la commission médicale (CME) ? Ne vaudrait-il pas mieux redonner aux médecins un pouvoir sur l'élaboration du projet médical d'établissement, dont votre texte transfère la responsabilité au pouvoir administratif ? Enfin, est-il raisonnable d'ouvrir la possibilité de transférer au cas par cas des missions de service public aux établissements privés ? Ne serait-il pas plus judicieux d'aborder la question sous l'angle d'un bloc de compétences de missions de service public ? Ce qui coûte cher à l'hôpital, c'est de devoir assumer ces missions dans leur globalité et non pas ponctuellement.

Une de vos priorités, madame la ministre, est de mieux répartir l'offre de soins sur le territoire et de la rendre plus accessible aux Français. À cette fin, vous souhaitez prendre en compte les aspirations des jeunes médecins à de nouvelles pratiques. Malheureusement, rien dans le texte ne va dans ce sens, qu'il s'agisse du contenu des études médicales, de l'encouragement à l'exercice en groupe ou de la possibilité de s'orienter vers une rémunération forfaitaire. Or c'est la clé de l'amélioration de l'offre de soins sur le territoire.

De même, quelles mesures incitatives fortes êtes-vous prête à mettre en œuvre pour favoriser l'installation de jeunes médecins dans les territoires « sous-denses en offre de soins » ? Le texte n'apporte pas de réponse. Seriez-vous favorable à un plafonnement pur et simple de l'installation de nouveaux médecins dans les zones « sur-denses » ?

Enfin, si nous approuvons pleinement – et cela depuis plusieurs années – le principe de la mise en place d'agences régionales de santé, nous avons le sentiment que, telles que le texte les conçoit, elles s'inscriront dans un « tuyau d'orgue » supplémentaire, au lieu de rassembler l'ensemble des acteurs de la santé. La caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) continue d'exister sans modification. Pourquoi ne pas créer une agence nationale de santé qui pourrait coordonner un minimum le travail des ARS ?

M. Jean-Pierre Door. Enfin ce projet de loi très attendu arrive à l'Assemblée ! Le débat, qui sera à coup sûr constructif, prendra un certain temps car le sujet suscite un intérêt considérable. Merci, madame la ministre, d'avoir préparé le texte très en amont en vous rendant sur le terrain pour écouter tous les acteurs.

J'aimerais obtenir dès maintenant quelques précisions sur des points qui susciteront sans doute un débat.

Tout d'abord, pourra-t-on régler la situation de certains médecins étrangers ? Une délibération de la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE) contredit en effet quelque peu les dispositions que nous avons votées lors de la loi du 21 décembre 2006 du financement de la sécurité sociale (PLFSS).

Peu à peu se mettent en place de nouvelles conditions d'exercice, en médecine de premier recours comme en médecine spécialisée. Le développement des maisons de santé et des pôles de santé multidisciplinaires répartis sur le territoire est une orientation fondamentale, appréciée de tous. C'est une véritable réforme, si ce n'est une révolution. En matière de médecine ambulatoire, le projet aborde la question de la permanence des soins. Comment faire respecter cette authentique mission de service public ? Quelles parts faudra-t-il accorder au volontariat et à l'obligation, cette dernière risquant d'être contreproductive et d'entraîner une certaine désaffection des médecins vis-à-vis des soins de premier secours ?

Nous avons tous beaucoup réfléchi à la question des « déserts médicaux ». Comment attirer les jeunes médecins et faire revenir les autres tout en respectant le sacro-saint principe de liberté d'installation qui fait l'unanimité parmi les syndicats d'étudiants et de professionnels de santé ?

En ce qui concerne les dépassements d'honoraires, certains points font encore débat. Le futur secteur optionnel verra-t-il le jour et sous quelle forme ? N'est-ce pas une bonne solution pour en finir avec les dépassements exagérés, dès l'instant où des contraintes seront posées ?

Enfin, quelle place réservez-vous à la télémédecine ? Il s'agit à mon sens d'un élément important dans les nouvelles orientations de l'exercice médical, dans les zones rurales mais aussi en matière de diagnostic précoce et de prise en charge. La technique est opérationnelle. Le projet de loi peut-il intégrer cet aspect ?

M. Jean-Luc Prével. Notre souhait commun est de permettre sur l'ensemble du territoire l'accès de tous nos concitoyens à des soins de qualité, à des tarifs remboursables. Or, en dépit des réformes récentes, notre système de santé rencontre de grandes difficultés organisationnelles, morales et financières. Ce texte très attendu permettra des améliorations mais, vous l'avez reconnu, madame la ministre, il n'est peut-être pas encore parfait et vous comptez sur nos propositions pour l'améliorer. J'espère donc que vous accepterez ma contribution et mes amendements.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des sports. Ce ne serait pas la première fois que j'accepterais vos amendements !

M. Jean-Luc Prével. Je me bats depuis longtemps contre les coupures absurdes entre la prévention et le soin, la ville et l'hôpital, le sanitaire et le médico-social, et je ne puis que me réjouir de la création des agences régionales de santé. Je considère néanmoins que l'on n'aura pas résolu complètement le

problème. En étant un peu excessif, je dirai que le système que vous proposez me semble quelque peu pyramidal, jacobin et centralisateur.

Comment instaurer une coordination nationale efficace qui ne soit pas une tutelle trop stricte sur les ARS ? Comment faire fonctionner ensemble les directions du ministère, la CNAMTS et les assurances complémentaires, puisque ces dernières souhaitent être associées au dispositif ? Placer les ARS sous une triple commande ne risque-t-il pas de se révéler inopérant ?

J'ai bien entendu l'argument de Mme la secrétaire d'État sur la fongibilité asymétrique mais, je le dis depuis longtemps, le véritable enjeu est celui de la fongibilité entre les enveloppes de la médecine de ville, de la médecine hospitalière, du sanitaire, du médico-social, du médicament. Si les ARS doivent mettre en œuvre les sous-objectifs fléchés que nous votons actuellement, comment pourront-elles résoudre les problèmes d'arbitrage ? La logique voudrait que l'on fixe des objectifs régionaux sous la responsabilité du directeur général de l'agence.

Le texte confie en outre la présidence du conseil de surveillance au préfet de région. « Deux crocodiles dans le même marigot », c'est une formule que l'on a rarement vu fonctionner !

Enfin, on s'accorde à reconnaître le relatif insuccès des conférences régionales de santé. Sauf dans certaines régions – dont celle des Pays de la Loire –, elles se réduisent à des sortes de grand-messes. J'aimerais que le texte leur confère un vrai pouvoir leur permettant d'avoir leur mot à dire sur les schémas d'organisation de la prévention des soins et sur le budget de l'agence et sur l'adéquation de l'offre et des besoins. Je ne doute pas, madame la ministre, que vous accepterez les amendements que j'ai déposés en ce sens.

La réforme récente de l'hôpital est à peine digérée. Que les établissements de santé disposent d'un patron est une bonne chose mais j'aurais plutôt souhaité que l'on renforce les pouvoirs du conseil d'administration, qui devient d'ailleurs dans le texte un conseil de surveillance. Pourquoi celui-ci n'aura-t-il à se prononcer ni sur le plan d'investissement ni sur l'adhésion à des communautés hospitalières de territoires, sujets pourtant éminemment stratégiques ? Je m'inquiète également du fait que l'ARS puisse nommer mais aussi révoquer le directeur s'il ne respecte pas les contrats d'objectifs et de moyens – dont j'espère qu'ils prendront en compte les besoins de la population et ne seront pas purement financiers. L'ARS ne se retrouvera-t-elle pas, dans les faits, investie de la véritable direction de l'hôpital, ce qui équivaldrait à instituer des assistances publiques (AP) régionales ? J'aurais souhaité davantage de démocratie participative.

Il est par ailleurs prévu que les établissements publics de santé ne pourront adhérer qu'à une seule communauté hospitalière de territoire (CHT), ce qui ne convient pas aux hôpitaux d'une certaine importance qui souhaitent s'associer aux hôpitaux locaux de leur secteur tout en constituant parallèlement une communauté

hospitalière de territoire avec le centre hospitalier universitaire (CHU) le plus proche.

L'évolution vers un nouveau régime d'emploi contractuel plus attractif pour les praticiens hospitaliers est un sujet sensible mais important si l'on souhaite qu'une rémunération liée à la pénibilité, à la responsabilité et à l'engagement permette un recrutement de qualité. Je m'étonne que le texte prévoit d'en limiter annuellement le nombre alors que ce devrait être au contraire un mode de recrutement privilégié.

Contrairement aux préconisations d'avril 2008 de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par M. Gérard Larcher, le projet de loi n'aborde pas la question de l'assouplissement des procédures de passation des marchés publics. Quelles sont les intentions du Gouvernement à ce sujet ?

Pour réguler la démographie des professions de santé intervenant dans les soins ambulatoires, nous sommes nombreux à penser que des mesures incitatives sont préférables à des mesures coercitives qui pourraient avoir des effets pervers. L'idée d'une taxe imposée aux médecins installés en zone sur-dense qui refuseraient d'aider leurs confrères en zone sous-dense est en débat dans les négociations conventionnelles. Si les partenaires ne parviennent pas à un accord, allez-vous, madame la ministre, déposer un amendement pour inscrire cette mesure dans le texte ? Je souhaiterais pour ma part que l'on mette en place des rémunérations différenciées selon les zones d'exercice des praticiens.

Vous le voyez, je soutiendrai quelques amendements qui permettront d'améliorer ce texte par ailleurs excellent.

Mme Jacqueline Fraysse. Ce texte était en effet très attendu mais je suis au regret de vous dire, Madame la ministre, que son contenu nous déçoit et que plusieurs dispositions nous semblent même préoccupantes. Notre système de santé traverse une crise grave. Au lieu de le moderniser, l'empilement de lois successives l'a déstructuré. Faute d'avoir formé des médecins et des professionnels de santé en nombre suffisant, on a provoqué une pénurie. Le projet de loi ne s'appuie sur aucun bilan des textes précédents et ne répond à aucune des problématiques essentielles qui se présentent à nous.

Les ARS auraient pu être un élément intéressant d'organisation et de décloisonnement. Mais le dispositif est perverti : en réalité, il instaure un autoritarisme étatiste qui me semble caricatural. Le directeur de l'ARS aura tous les pouvoirs et, pour que le système soit bien bordé, il sera flanqué du préfet de région ! On fait fi des professionnels de santé, des élus, des usagers. Nous trouvons ces dispositions atterrantes et nous ferons tout pour les amender et pour tenter de faire progresser un peu la démocratie.

Aucune mesure incitative n'est prévue pour favoriser le recrutement de médecins à l'hôpital public. À l'inverse, le texte consacre l'entrée du secteur privé, y compris pour exercer des missions de service public. Comment conserver dans

ces conditions des équipes structurantes de médecins hospitaliers dans les établissements publics ? Tout est en place pour faire prospérer davantage le privé au détriment du public.

J'attendais beaucoup en matière de prévention et d'éducation à la santé. Alors que des difficultés nouvelles apparaissent – l'obésité infantile, par exemple – et que notre pays est en retard, les mesures proposées se réduisent à la limitation des ventes d'alcool et de cigarettes aromatisées. Rien sur la santé scolaire, rien sur la santé au travail !

Pourquoi les articles relatifs aux sages-femmes, qui figuraient dans certains avant-projets et la question des dépassements d'honoraires ont-ils disparu ? Pourquoi le texte est-il silencieux au sujet des CHU ? Quelle est la compétence réelle des conseils de surveillance institués à l'article 5 ? Il est prévu à l'alinéa 3 qu'ils « délibèrent » sur certaines matières. Quelle est la signification juridique de ce verbe ? Est-ce espérer un simple avis ou s'agit-il d'un véritable pouvoir de décision ?

L'article 3 exclut les soins palliatifs des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) qui doivent être conclus entre l'ARS et les établissements de santé. Pourquoi ? De même, je ne comprends pas pourquoi l'article 15 supprime certains enseignements – prise en charge de la douleur et soins palliatifs, effets de l'alcoolisation sur le fœtus, médecine du sport, santé publique –, ni pourquoi l'on fait disparaître le conseil de la démographie médicale alors que cette instance permet de disposer d'une vision globale et d'une évaluation des avancées et des difficultés.

Enfin, alors que l'article 19 traite des dispositions relatives à la formation professionnelle conventionnelle des différentes professions de santé, les professionnels des centres de santé ne sont pas mentionnés. Est-ce un oubli ?

M. le président Pierre Méhaignerie. Le texte initial comportait en effet plus d'articles, madame Fraysse. Considérons que cela laisse plus de liberté au Parlement pour le compléter. En vous écoutant, je constate d'ailleurs qu'il peut exister des convergences au-delà des formations politiques.

Mme la ministre. Si mon intervention liminaire était brève et générale, c'est que je préférerais répondre à vos questions plutôt que de vous asséner par le menu les attendus d'un texte que beaucoup d'entre vous connaissent.

Je me réjouis que le débat s'engage sur un mode de proposition et non d'opposition systématique. C'est un point important lorsqu'on traite un tel sujet.

Cela dit, nous n'examinons pas ici un texte ayant pour objet l'allocation de moyens financiers comme nous le faisons chaque année lors de la discussion du PLFSS. Il s'agit ici d'un texte d'organisation où il est normal que l'on ne retrouve pas certains points relatifs au financement. Même si les deux aspects retentissent l'un sur l'autre, il ne faut pas les mélanger.

M. le rapporteur, Mme Touraine et M. Prél m'ont interrogée sur la coordination nationale des ARS. Même si certains sont allés jusqu'à évoquer la création d'une agence nationale de santé, le principe de la création d'agences régionales est un point de consensus, ce qu'il convient de saluer. L'idée d'un pilotage national à l'image du pilotage régional est intéressante. Nous devons néanmoins garder à l'esprit qu'une agence nationale ne saurait se concevoir comme une instance technocratique destinée à faire sortir la santé du champ politique : aucun d'entre nous ne le souhaite ! On ne peut fonder le système de santé que sur un choix de société dont il nous appartient de dessiner les contours. Le pacte de 1945, le choix d'un financement solidaire, le choix de l'égalité d'accès aux soins et le choix d'un système de santé libéral font l'objet d'un large consensus : nous nous reconnaissons dans ces principes. Aussi, dès lors que le financement de la santé est largement socialisé, les décisions qui lui sont relatives – notamment en matière de rémunération des professionnels de santé – engagent la collectivité et seul le politique a la légitimité nécessaire pour les prendre. Du reste, le fait que les Français nous rejoignent dans ce choix est bien la preuve que la politique inclut le champ de la santé.

Parce que je recherche avant tout l'efficacité, j'accorde la priorité à un dispositif assurant le pilotage, la coordination et la cohérence de l'action des ARS. Le comité de coordination prévu par le texte est le point de validation obligé de toutes les instructions concernant les agences. Cette solution suppose une adaptation de l'organisation actuelle, elle ne la bouleverse pas. Demain peut-être – alternance oblige ! –, d'autres privilégieront l'idée d'une agence nationale de santé s'inscrivant dans une organisation nationale plus intégrée. Pour les raisons que je viens d'exposer, ce n'est pas ce que je souhaite.

M. le rapporteur et Mmes Touraine et Fraysse ont soulevé la question de l'exercice de missions de service public par des établissements de santé quelle que soit leur nature publique ou privée, relayant la crainte que j'entends parfois d'une « privatisation » de la santé. Pour la première fois en effet, ce projet définit dans un même article les missions que les établissements de santé, quels qu'ils soient, doivent remplir. Les missions relevant du service public sont désormais précisées.

Tous peuvent constater les progrès de la chirurgie, de l'imagerie médicale, des conditions d'exercice des professionnels. Le système de soins a évolué et continuera d'évoluer. Plus technique pour certains actes, il doit aussi être plus proche d'une population qui vieillit. Dans ce contexte, il est nécessaire de s'assurer que les missions de service public sont garanties sur l'ensemble du territoire en fonction des besoins de la population. C'est ce constat qui a conduit à distinguer, dans les missions des établissements de santé, celles qui relèvent du service public. L'agence régionale de santé, par son rôle de pilote de l'organisation des soins et de garant de l'accès aux soins, identifiera les territoires où il convient, en cas de carence ou d'insuffisance de certaines activités, de déléguer de telles missions de service public à des établissements privés. Aux termes de l'article 1^{er}, quand une mission de service public n'est pas assurée dans un territoire donné, l'agence désigne en effet l'établissement qui en sera chargé.

Ce n'est donc qu'en cas de carence qu'elle pourra demander à un établissement privé d'exercer une mission de service public et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement précisera ces missions. Par ailleurs, l'autorisation qu'elle accorde crée des droits, mais surtout des devoirs. Des établissements privés qui ont développé une excellence dans un domaine pourront par exemple, sous le contrôle des CHU, accueillir des internes. Notre objectif est de garantir une adéquation optimale entre les besoins des populations et l'offre de soins, et non de réduire le rôle de l'hôpital public. Les obligations, je le répète, portent sur la participation à la permanence des soins, l'accueil des populations défavorisées, en particulier celles qui bénéficient de la couverture maladie universelle (CMU) et de l'aide médicale d'État (AME), ainsi que sur l'offre d'un pourcentage de prestations à tarif opposable.

En matière de gouvernance, le texte crée un statut unique pour les établissements publics de santé en vue de simplifier leur gestion et d'améliorer leurs capacités d'adaptation. Un mode de gouvernance et un système de ressources communs régiront désormais ces établissements. Un conseil de surveillance remplace le conseil d'administration. Ses attributions sont centrées sur une double compétence : la définition des orientations stratégiques, notamment dans le projet d'établissement, et le contrôle de la gestion et du fonctionnement de l'établissement. Le conseil de surveillance exerce ainsi un contrôle sur l'ensemble de l'activité de l'établissement et délibère sur le compte financier. À cette fin, son président a accès aux informations concernant le fonctionnement de l'établissement.

Dans ce cadre, j'ai souhaité laisser un espace important au pouvoir d'initiative de la représentation nationale pour qu'elle puisse préciser sa conception des attributions du conseil de surveillance dans le cadre de deux principes auxquels je suis attaché : que la composition de ce conseil respecte les trois collèges prévus et soit limitée en nombre.

Le texte propose également que le président du conseil de surveillance soit élu parmi les membres des collèges des élus et des personnalités qualifiées. Je ne doute pas que l'on retrouvera dans ces fonctions les maires ayant fait preuve de charisme et d'autorité.

Le mode de désignation des directeurs des établissements publics de santé est modifié pour donner plus d'importance au niveau régional. C'est en effet le directeur général du centre national de gestion (CNG) qui nommera les directeurs des hôpitaux sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé et après avis du président du conseil de surveillance. Dans les communautés hospitalières de territoire (CHT), c'est le directeur de l'établissement siège qui proposera au centre national de gestion la nomination des autres chefs d'établissement. Si l'intérêt du service le commande, le directeur d'un établissement public de santé pourra être mis en position de recherche d'affection. Enfin, les établissements publics de santé pourront créer une ou plusieurs

fondations hospitalières pour concourir à des missions de recherche dans une plus grande transparence.

M. Préel et Mme Fraysse ont exprimé des inquiétudes quant à l'importance des pouvoirs du directeur général de l'ARS. Le pilotage des hôpitaux publics doit bien entendu s'appuyer sur un chef d'établissement disposant de l'autorité et de l'autonomie qui conviennent à de telles structures. Président du directoire, le directeur se voit confier la pleine responsabilité de l'établissement de santé. Ses compétences accrues supposent que l'on fasse évoluer sa relation avec le directeur général de l'ARS. En effet, seul le niveau régional est à même d'apprécier la pertinence des actions engagées par l'établissement tant en interne qu'en coopération avec les autres acteurs de santé. Il appartient donc au directeur de l'ARS de renforcer sa tutelle en utilisant les supports de contractualisation qui lient les hôpitaux et l'agence. De plus, je l'ai dit, l'ARS aura un rôle renforcé dans la nomination des directeurs des centres hospitaliers.

C'est précisément pour renforcer l'attractivité de l'hôpital public pour les praticiens que nous avons souhaité, madame Fraysse, ouvrir la possibilité d'un nouveau régime d'emploi contractuel. Dans certaines spécialités comme l'imagerie médicale, les établissements publics ont du mal à faire face à la concurrence du secteur libéral, compte tenu de l'écart des rémunérations. Le nouveau contrat offre de nouvelles perspectives d'exercice et de rémunération aux praticiens désireux de s'impliquer activement dans la vie de l'établissement. Le directeur de l'hôpital dispose ainsi d'un outil incitatif de recrutement et de valorisation. Pour autant, il n'est pas question de développer une logique productiviste qui serait incompatible avec la déontologie médicale. Nous voulons seulement permettre à des praticiens de devenir, s'ils le souhaitent, de véritables partenaires de la direction de l'établissement, leurs revenus étant fonction d'engagements déterminés dont la réalisation sera contrôlée. Le statut des praticiens hospitaliers n'est nullement remis en cause. Ce nouveau mode de recrutement sera ouvert aux praticiens titulaires dans le cadre d'un détachement d'une durée limitée à deux ans. À l'issue de cette période, ils pourront soit réintégrer le statut classique, soit faire le choix de poursuivre leur exercice sous ce mode contractuel.

M. le rapporteur m'a interrogée sur la doctrine des CHT. Précisément, elles ne sont pas conçues de manière doctrinaire, elles s'inscrivent dans un *continuum* d'outils mis à la disposition des établissements. Il ne s'agit ni de constituer des complexes hospitaliers – des Assistances publiques (AP) en réduction, qui seraient ingérables – ni de faire avaler les petits poissons par les gros. La CHT doit permettre de mieux répondre aux besoins de la population. C'est pourquoi elle se construit autour d'un projet médical visant à donner à des établissements publics de santé de taille moyenne la possibilité de se développer et de mettre en place une stratégie territoriale commune avec les autres établissements, ce qui permettra d'éviter la dispersion des moyens et les redondances.

Le modèle que j'ai en tête – mais qui est susceptible, bien entendu, d'être modifié par toutes les propositions innovantes émanant des territoires – est un groupement d'établissements présentant une certaine taille critique, gérant au mieux les autorisations d'activité tout en gardant la capacité de travailler ensemble efficacement. Ce pourrait être une coopération étroite entre deux ou trois centres hospitaliers disposant au total de 400 à 600 lits autour d'un plateau technique, auxquels il serait possible d'adjoindre un hôpital local, un établissement de soins de suite et de réadaptation ou un établissement de long séjour.

Quoi qu'il en soit, les établissements pourront choisir leur degré d'intégration. Sur le modèle des coopérations communales, il existera un bloc commun de compétences mais aussi d'autres éléments « à la carte ». Des formes fédératives laissant à chaque établissement l'autonomie de gestion sont possibles, mais il peut aussi y avoir des CHT plus intégrées reposant sur une structure juridique commune. Ce sont les acteurs de terrain qui en décideront : rien ne sera imposé par le ministère de la santé ou l'ARS.

Si j'ai voulu instaurer ces communautés hospitalières de territoire – qui ne concernent que les établissements publics – c'est précisément pour préserver le statut de l'hôpital public. Mais la coopération entre établissements ne se résume pas aux CHT. Dans ce but, le texte clarifie le droit applicable aux groupements de coopération sanitaire (GCS) et les rend plus opérationnels sans pour autant fragiliser les GCS existants.

Nous avons déjà largement évoqué les questions de financement lors de la discussion du dernier PLFSS. Je rappelle que la tarification à l'activité (T2A) est un mode de financement juste. Tous les partenaires du système hospitalier condamnaient l'injustice de l'ancienne formule de dotation globale, qui reposait sur des bases historiques qui ne tenaient pas compte de l'évolution des établissements. Bien souvent, la négociation avait d'ailleurs lieu dans le bureau du ministre de la santé et dépendait plus de liens d'amitié que de la constatation des besoins de santé réels...

Le modèle de financement par la T2A a vocation à être sans cesse ajusté. Nous avons déjà amélioré le financement des missions d'enseignement et de recherche (MERRI). La classification commune des actes médicaux (V11), qui entrera en vigueur au 1^{er} mars prochain, prendra également mieux en compte la précarité des patients et la sévérité des affections, tandis que la réalisation d'études nationales de coûts dans les secteurs publics et privés permettra l'ajustement des tarifs sur la réalité des coûts de production. Je l'ai dit lors de l'examen du PLFSS et je le répète : la convergence tarifaire n'est pas l'égalité.

Par ailleurs, il est exact que la réforme que je propose renforce le pilotage par le directeur de l'établissement public de santé, qui est également le président du directoire. Cependant, le président de la commission médicale d'établissement (CME) devient vice-président du directoire et coordonnateur de la politique médicale de l'établissement. C'est la première fois qu'un texte législatif consacre

le rôle de la CME. Quelle autre structure, publique ou privée, place-t-elle ainsi aux côtés de son directeur un professionnel élu par ses pairs ? L'hôpital, par ses missions, son fonctionnement et son financement, constitue une exception dans notre paysage institutionnel, ce qui implique une double exigence de qualité : les médecins sont responsables du projet médical, auquel ils associent les personnels paramédicaux – j'ai tenu à ce que le texte précise bien que les cadres et les directeurs de soins font partie du directoire –, tandis que la responsabilité de la gestion de l'établissement et de la mise en œuvre du projet d'établissement incombe à l'équipe de direction formée par le directeur et le directoire.

Il va de soi que ce texte concerne également les centres hospitaliers universitaires (CHU). Ceux-ci ne constituent pas un État dans l'État. La mission que le Président de la République a confiée à la commission, présidée par le professeur Jacques Marescaux, chargée de concevoir la réforme des centres hospitaliers, ne fera pas le travail d'élaboration de la commission présidée par Gérard Larcher. Les CHU sont les « navires amiraux » de l'hôpital public et il n'y a aucune contradiction entre la réforme que je mène et les réflexions engagées. La mission complétera notre travail sur certains aspects d'enseignement et de recherche, elle complétera également la loi du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités, mais ses travaux n'ont pas forcément vocation à connaître une traduction législative. La carrière des professeurs des universités praticiens hospitaliers (PU-PH), le suivi des missions d'enseignement, de recherches, de références et d'innovation (MERRI) ou la participation des universités à la gouvernance des CHU relèvent en effet plutôt du domaine réglementaire.

S'agissant de la procédure d'autorisation d'exercice des praticiens à diplômes hors Union européenne (PADHUE), 6 000 médecins à diplôme étranger exerçaient il y a deux ans, dans nos établissements de santé. Une procédure transitoire, qui prendra fin en 2011, a été mise en place afin de permettre à tous ces praticiens de passer la procédure d'autorisation, ce qui a déjà été le cas pour 1 500 d'entre eux.

L'article 10 du projet de loi prévoit un certain nombre de mesures à ce propos qui vont dans le sens d'une facilitation des conditions d'exercice de ces praticiens :

- passage de deux à trois du nombre de possibilités de se présenter aux épreuves de vérification des connaissances et de solliciter l'autorisation d'exercice ;

- demande aux chirurgiens-dentistes et aux sages-femmes de justifier de l'exercice de fonctions hospitalières pendant un an avant de pouvoir obtenir l'autorisation d'exercice, ce qui répond à une forte demande des commissions d'autorisation d'exercice de mieux évaluer les pratiques professionnelles ;

— remplacement de l'épreuve anonyme de vérification de la langue française, dont un certain nombre de contre-performances ont montré qu'elle n'était pas adaptée, par le diplôme d'aptitude à la langue française, reconnu internationalement, qui devra être fourni pour l'inscription à l'examen ou au concours.

Un certain nombre de mesures réglementaires seront également prises, toujours dans un but de facilitation.

Jean-Luc Prétel s'est demandé pourquoi confier la présidence du conseil de surveillance des ARS au préfet de région. J'assume complètement ce choix. Les compétences exercées par l'ARS étant des compétences de l'État, je m'étonne que certains, qui sont tout aussi attachés que moi à ce que le politique demeure le garant de notre système de santé, s'offusquent de ce que le représentant de l'État joue tout son rôle dans les ARS pour ce qui a trait à la politique de santé publique, la veille et la sécurité sanitaires, l'organisation des soins, le médico-social. L'État apportera d'ailleurs plus de 80 % des moyens humains aux ARS.

S'il est légitime que l'État ait sa place au sein du conseil de surveillance, cela ne fait pas pour autant de l'ARS une « chose » étatique. Elle unifie le service régional de santé, elle est une maison commune à l'État et à l'assurance-maladie et je considère que cette double culture est indispensable à son succès. L'État sera minoritaire au sein du conseil de surveillance. Le préfet de région ne le présidera pas pour représenter les intérêts des services de l'État mais pour être le garant du respect des principes du service public : impartialité, égalité de traitement sur l'ensemble du territoire, continuité de l'action publique. Il sera aussi, bien évidemment, le garant de l'articulation de l'ensemble des politiques publiques au sein de la région.

M. le président Pierre Méhaignerie. Il ne faudrait pas fermer la porte à d'autres personnalités, d'autant que c'est en leur donnant des responsabilités que l'on rend les gens responsables. S'ils ont le sentiment que l'État s'occupe de tout, il y a un risque qu'ils se sentent assistés.

Mme Marisol Touraine. Et qu'ils se désengagent.

M. le président Pierre Méhaignerie. Comme le montre le fonctionnement de la CNAMTS, des représentants des syndicats ou des employeurs peuvent avoir un rôle important d'explication. Si toute la pédagogie repose à l'avenir sur l'État, les résultats ne seront peut-être pas ceux que l'on escompte. Mais nous aurons l'occasion d'y revenir lors du débat.

Mme la ministre. Nous savons bien que l'amélioration de la santé de nos concitoyens ne résulte pas seulement des soins médicaux qu'ils reçoivent. Certains spécialistes affirment même que 20 % seulement des énormes progrès de l'espérance de vie sont liés à la médecine, le reste tenant à l'amélioration des conditions de vie et, globalement aux autres politiques publiques. Or, je le répète, le préfet est le garant de l'articulation des politiques de santé avec l'ensemble des

autres politiques publiques qui y concourent. De même que la santé scolaire ou la santé au travail ne relèvent pas du ministre de la santé, l'ARS ne porte pas seule l'action publique dans ce domaine et je juge donc important que le préfet soit à la tête du conseil de surveillance.

Qui plus est, je ne vois pas quel autre acteur de la région, quelle que soit d'ailleurs son appartenance politique, jouirait de la même légitimité et apporterait les mêmes garanties.

J'en viens à la médecine de ville et aux soins ambulatoires. Chacun reconnaît que la situation de la démographie médicale n'est pas satisfaisante. Notre objectif est de garantir sur tout le territoire une offre de soins de premier recours pérenne, tout en répondant aux attentes des jeunes professionnels, qui ne souhaitent pas exercer en cabinet individuel comme leurs aînés le faisaient – d'où les difficultés de ces derniers pour trouver des repreneurs à leur départ à la retraite – et donc ne reprendront pas les cabinets tels qu'ils avaient été conçus par leurs aînés.

Mon action repose sur un faisceau de mesures cohérentes qui contribuent à l'organisation et à la modernisation de l'offre de soins ambulatoires. Il s'agit d'abord, afin de rééquilibrer les flux démographiques de la profession, d'adapter les capacités de formation des médecins dans les régions en fonction des besoins de la population. Cela aura des effets presque immédiats sur l'offre de soins dans ces régions car ces médecins pourront effectuer des remplacements de deux ans et s'installer au bout de quatre ans.

Afin de définir un volet ambulatoire du SROS, véritable schéma d'aménagement de l'offre de soins de ville sur le territoire régional, je me suis appuyée sur des expérimentations comme celles qui ont été conduites en Mayenne – M. Marc Bernier a suivi attentivement ces initiatives – et en Basse-Normandie. Ce schéma sera établi en lien avec les professionnels, les patients et les élus. Il fera converger les financements et les subventions vers les priorités définies de façon cohérente et consensuelle. Il ne sera pas juridiquement opposable.

L'incitation à un exercice coordonné au sein de pôles ou de maisons de santé permettra de pérenniser, de moderniser et d'optimiser l'offre de soins de proximité. La généralisation des coopérations entre professionnels de santé libérera du temps médical. L'organisation et la gestion de la permanence des soins ambulatoires, qui sont pour l'instant éclatées entre le préfet, l'URCAM et l'ARH, seront désormais exercées, en cohérence avec la prise en charge hospitalière des urgences médicales, au sein de l'ARS.

En complément de ces mesures structurelles, les négociations conventionnelles définiront des mesures de régulation conformes aux propositions qui ont été faites lors des états généraux de l'organisation de la santé (EGOS) et au

concept de justice intergénérationnelle auquel je suis profondément attachée. Je ne puis envisager un échec des négociations sur un sujet d'une telle importance.

Comme le Président de la République s'y est engagé en décembre dernier, je présenterai au printemps prochain un projet de loi sur la psychiatrie et la santé mentale. Le débat ne fait donc que commencer. Il s'agira en premier lieu de réformer la loi du 27 juin 1990 sur les soins et les hospitalisations sans consentement des personnes atteintes de maladies mentales. Le texte comportera également un volet sur l'organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. Édouard Couty, à qui j'ai confié la présidence d'une commission sur les missions et l'organisation des soins de la psychiatrie et de la santé mentale doit me rendre son rapport demain. En complément, je lui demanderai de préparer les dispositions législatives nécessaires à une meilleure prise en compte de la spécificité de la psychiatrie, de l'entourage des malades et des professionnels de santé, afin de mener une politique de la santé mentale ambitieuse.

De nombreux rapports, en particulier ceux de MM. Jean-Yves Grall et Philippe Boënnec, montrent l'importance de la permanence des soins et la nécessité de réunir en une seule main l'organisation et le financement de ce dispositif très complexe. C'est ce que nous faisons avec ce projet, qui souligne qu'il s'agit d'une mission de service public, assurée par les médecins libéraux et les établissements de santé, et organisée par l'ARS après avis du représentant de l'État territorialement compétent. L'ARS réunit au niveau régional les compétences d'organisation et de financement du dispositif. Elle regroupe en son sein les acteurs jusqu'à présent impliqués dans les Comités départementaux de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins (CODAMUPS). L'organisation de la permanence des soins gagne ainsi en souplesse pour mieux s'adapter aux spécificités locales. On pourra dans ce cadre s'affranchir du paiement à l'acte et mettre en place des modes de rémunération forfaitaire. La responsabilité civile professionnelle des médecins libéraux participant à la régulation des appels téléphoniques sera couverte par la responsabilité administrative, afin d'inciter les professionnels à participer à cette activité.

M. Jean-Pierre Door. Très bien !

Mme la ministre. Cette régulation pourra se faire à partir d'un numéro d'appel national accessible sur l'ensemble du territoire...

M. Jean-Pierre Door. Très bien !

Mme la ministre. ...et auquel pourront être associés en cas de besoin d'autres numéros d'appel.

Enfin les pénalités en cas de refus de déférer à des réquisitions seront accrues, afin de garantir à la population une réponse à ses besoins de santé aux heures de fermeture des cabinets médicaux. Mais je reste ouverte à la discussion à propos de cette augmentation.

Je suis extrêmement attachée aux modes de rémunération des professionnels de santé libéraux alternatifs au paiement à l'acte, mais cette question a déjà été traitée dans les lois de financement de la sécurité sociale pour 2008 et pour 2009. Elle n'avait donc pas sa place dans une loi relative à l'organisation du système de santé.

Mme Catherine Genisson. Cela a effectivement été voté, mais n'a pas eu de déclinaison pratique.

Mme la ministre. C'est assez complexe, mais nous sommes en train de faire un travail important pour aboutir aux maquettes.

L'article 18 du projet reprend les pénalités encourues par les professionnels de santé pour les dépassements excessifs d'honoraires et le défaut d'information préalable. Les dépassements non conformes à la convention seront également pénalisés, notamment ceux qui sont facturés à un bénéficiaire de la couverture maladie universelle (CMU). Je demanderai à l'UNCAM de rappeler aux assurés les principes de la tarification ainsi que les droits de recours dont ils disposent à l'encontre des praticiens dont ils estiment qu'ils ont pratiqué des dépassements irréguliers. L'Ordre des médecins s'est également saisi du problème et il a rappelé aux médecins leurs obligations déontologiques. Je rappelle également l'existence d'*Info soins*. Enfin, le secteur optionnel, en cours de négociation, a pour objectif de renforcer l'offre de soins à tarif opposable.

Jean-Luc Prél m'a également interrogée sur les difficultés financières d'accès aux soins. En effet, un certain nombre de nos concitoyens rencontrent des difficultés : 7 % de la population ne bénéficient pas d'une couverture complémentaire, essentiellement pour des raisons financières. La CMU complémentaire, qui compte à 4,5 millions de bénéficiaires, a marqué incontestablement une avancée. Elle peut être complétée par des dispositifs comme l'aide à la souscription d'une assurance maladie complémentaire. Nous avons déjà revalorisé fortement son montant, en particulier pour les plus de 60 ans. Nous avons simplifié son accès par un chèque. Les bénéficiaires potentiels ont reçu une information individuelle. Tout ceci a porté ses fruits puisque nous avons observé, par rapport à août 2007, une augmentation de 34,5 % du nombre des bénéficiaires de l'aide, soit 410 155 personnes de plus. Nous sommes favorables au développement de l'accès à une complémentaire santé. Je regarderai donc avec une particulière bienveillance l'amendement que le président Méhaignerie a l'intention de déposer afin de porter à 500 € l'aide aux plus de 50 ans.

Jean-Pierre Door a évoqué la télémédecine, qui ouvre des perspectives considérables pour l'accès aux soins comme pour leur qualité et leur sécurité ainsi que pour l'organisation de ressources médicales de plus en plus rares. Pour consolider la base légale que constitue la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, la définition de la télémédecine doit permettre de distinguer la pratique médicale du champ beaucoup plus vaste ouvert par la télésanté. Une typologie des

actes de télémédecine sera arrêtée par voie réglementaire. Nous fixerons également le minimum des précautions techniques et organisationnelles indispensables à la sécurité et à la qualité de la télémédecine. Les modalités de financement devront également être précisées

M. Jean-Pierre Door. Accepterez-vous que cela figure dans le texte ?

M. le président Pierre Méhaignerie. Nous regarderons cela.

Mme la ministre. S'agissant de la formation médicale continue (FMC), nous avons voulu, à l'article 19 du projet, simplifier le parcours du praticien qui est tenu de respecter l'obligation de formation, et rationaliser les circuits de gestion administrative, lesquels sont pour l'instant particulièrement complexes. L'obligation de formation continue des professions médicales est réaffirmée, mais le dispositif institutionnel est simplifié par le regroupement des trois conseils nationaux de la FMC en un conseil national unique compétent pour tous les médecins, quel que soit leur mode d'exercice. Ce dispositif repose avant tout sur les professionnels de santé, en particulier sur les conseils de l'Ordre, les membres des futurs conseils de formation continue, les collèges de bonnes pratiques, la HAS, l'UNCAM. La gestion des fonds de la formation continue est regroupée dans un nouvel organisme gestionnaire. Sur la base des propositions faites par un récent rapport de l'IGAS, les éléments qui fonctionnent seront reconduits et complétés pour améliorer la lisibilité des procédures.

M. le président Pierre Méhaignerie. Un certain nombre de nos collègues doivent malheureusement nous quitter pour prendre leur train avant le début de la grève. Si cela est nécessaire, nous ferons ultérieurement en sorte que les ministres puissent répondre aux questions qu'ils souhaitent leur poser.

Marc Bernier, qui a beaucoup travaillé sur ces sujets, se trouvant précisément dans cette situation, je me permets d'interrompre Mme la ministre pour qu'il puisse lui poser sa question.

M. Marc Bernier. Merci, madame la ministre, d'avoir cité la Mayenne en exemple...

Je rappelle l'important travail que nous avons accompli, avec Christian Paul, dans le cadre de la mission d'information parlementaire sur l'offre de soins. Pour moi, un des principaux problèmes tient à l'attractivité du métier de médecin généraliste car on constate une désaffection pour cette profession.

Il nous faut également répondre à l'attente des Français en instituant, sinon des mesures coercitives, du moins des mesures garantissant que la permanence des soins est bien assurée sur l'ensemble du territoire.

J'espère que le débat nous permettra d'enrichir le texte sur ces points et sur quelques autres.

Mme la ministre. Nous nous sommes largement inspirés des préconisations de votre excellent rapport pour tout ce qui a trait dans ce texte à l'offre de soins.

Mme Catherine Genisson. Vous ne vous en êtes pas assez inspirée...

Mme la ministre. Christian Paul et Marc Bernier ont montré qu'il s'agit de sujets qui transcendent les positions politiques.

Nous avons fait un important travail – salué d'ailleurs par l'ensemble du secteur – pour la mise en place de la filière universitaire de médecine générale à laquelle nous avons donné un statut législatif. De plus, avec la loi du 8 février 2008 relative aux enseignants de médecine générale. Ces enseignants, titulaires et non titulaires, se sont vus doter d'un statut universitaire. La commission d'intégration compétente est en cours de constitution et nommera les premiers professeurs titulaires à la rentrée 2009. Dès la rentrée 2007, 40 postes de chef de clinique de médecine générale ont été créés. Un décret définira les modalités de leur activité libérale. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a institué un contrat spécifique aux enseignants en médecine générale, sur la base duquel les URCAM leur versent une rémunération complémentaire.

Mme Touraine s'est demandée en substance pourquoi le titre III, consacré à la santé publique, était aussi maigre. Mais les questions de santé publique, de prévention, d'éducation thérapeutique baignent l'ensemble du texte. Ainsi, la création des ARS, auxquelles des missions spécifiques sont confiées en la matière, consacre l'implication du secteur dans des politiques de santé publique qui seront particulièrement adaptées aux réalités du terrain.

Nous allons en outre être bientôt appelés à réviser la loi de santé publique du 9 août 2004 puisqu'il s'agit d'une loi quinquennale. Pour sa part, la loi d'organisation ne reflète pas l'ensemble des politiques de santé. Le Haut conseil de santé publique va commencer à évaluer la loi de 2004, qui fixait cent objectifs particulièrement ambitieux. À partir de là, nous avancerons ensemble vers la définition des prochaines priorités de santé publique.

L'encombrement du calendrier parlementaire explique aussi pourquoi ce titre III peut sembler modeste. Il est néanmoins essentiel car il porte sur des sujets majeurs de notre politique de prévention : le poids toujours croissant des maladies chroniques, qui concernent pas moins de 15 millions de personnes, et l'éducation thérapeutique des patients, à laquelle je donne, pour la première fois, toute la place qu'elle mérite. Il convient également d'agir, en amont, sur deux déterminants majeurs de la santé, l'alcool et le tabac, en particulier chez les jeunes. Je reviendrai si vous le souhaitez sur les mesures très concrètes que nous prévoyons pour lutter contre l'alcoolisation des jeunes. Quant au tabac, si la lutte contre le tabagisme passif est considérée comme un succès, nous devons poursuivre nos efforts pour réduire encore la consommation de tabac.

Le Président de la République m'a fixé l'objectif très important de porter les dépenses de prévention de 7 à 10 % des budgets de nos politiques de santé. Les ARS et la future loi de santé publique y contribueront fortement.

M. le président Pierre Méhaignerie. S'agissant des problèmes de nutrition, je rappelle que deux de nos collègues ont rédigé un rapport et que Valérie Boyer reprendra par voie d'amendements un certain nombre des propositions qu'elle a faites en matière de lutte contre l'obésité. De façon plus générale, je me réjouis que ce texte reprenne bon nombre de préconisations de nos missions d'information dont les rapports, rédigés en commun, aboutissent souvent à des convergences permettant de préparer les réformes de façon plus consensuelle.

Mme Catherine Genisson. Je me pose beaucoup de questions en ce qui concerne l'hôpital et plus particulièrement la délégation de missions de service public à des établissements privés. Êtes-vous favorable, madame la ministre, à la définition d'un socle de missions de service public ? Pensez-vous qu'il devrait être obligatoire de s'acquitter de certaines missions, comme la permanence des soins, pour en exercer d'autres, comme l'enseignement ?

N'est-il pas d'ailleurs contradictoire d'indiquer que les délégations de missions de service public n'interviendront qu'en cas de carence, puis de parler de l'excellence de certains établissements privés ?

Mme la ministre. Je pensais plus particulièrement à l'enseignement dans des domaines comme la chirurgie cardiaque.

Mme Catherine Genisson. Nous insisterons beaucoup, lors du débat en séance publique, sur la question de la gouvernance. Il ne s'agit pas pour nous d'opposer de façon stérile la communauté médicale et la communauté administrative, mais nous considérons que, même s'il est le maître à bord, la position du directeur sera fragilisée en raison de ses liens avec l'ARS qui feront de lui un « Hercule au pied d'argile », assis sur un siège éjectable. Nous regrettons en outre qu'il soit appelé à arrêter le projet médical, qui, selon nous, relève de la compétence de la communauté soignante.

Entre l'hospitalisation mutualiste, l'actionnariat des acteurs et l'intervention des fonds de pension, le secteur de l'hospitalisation privée est très hétérogène. M. Gérard Larcher a fait part de son inquiétude quant au poids croissant des fonds de pension dans les établissements privés de santé et il a souhaité qu'on mette en place des dispositifs de protection. Or, rien n'est prévu pour cela dans le texte.

Donner un statut aux médecins contractuels revient en fait à reconnaître le recours à ce que l'on a coutume d'appeler des « mercenaires ». S'ils font un travail de qualité, ces médecins ne participent toutefois pas au projet médical. Pourtant, ils bénéficient de contrats beaucoup plus intéressants que le statut de praticien hospitalier. Tout ceci instaure un climat de concurrence déloyale au sein des

établissements. Mieux aurait mieux valu revoir le statut des praticiens hospitaliers, mais votre texte est muet sur ce point.

Nous nous interrogeons par ailleurs sur l'articulation entre les dispositions relatives aux centres hospitalo-universitaires et les propositions que fera la mission dirigée par le professeur Marescaux, qui devraient aboutir à ce qu'il appelle lui-même « une révolution » dans le fonctionnement des CHU.

M. Patrick Roy. Comme beaucoup de mes collègues, je suis très attaché à ce que chaque Français ait un véritable accès à la santé. Force est de constater que tel n'est pas le cas. Nos concitoyens sont confrontés aux franchises médicales, auxquelles je demeure résolument hostile ; au non-remboursement de certains médicaments, que la récente épidémie de gastro-entérite a encore mis en évidence ; à des honoraires parfois excessifs ; aux conséquences de la politique sociale du Gouvernement, les personnes en situation difficile renonçant d'abord aux soins. Un sous-préfet m'a dit un jour combien il avait été choqué de l'état des dents d'une partie de la population de ma circonscription, qui est ainsi victime d'une injustice de plus.

Vous avez eu raison de souligner, madame la ministre, que les zones rurales n'étaient pas les seules concernées par la désertification médicale. Dans ma circonscription très urbanisée, il faut plusieurs mois, voire une année, pour obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologiste... Je serai donc très attentif, lors du débat, à tout ce qui aura trait à ce sujet.

Je m'intéresse aussi de près aux dégâts causés par l'amiante. Si cela relève certes de la santé au travail, il faut également penser au risque environnemental lié à l'amiante résiduel, auquel tous les Français sont exposés. Or, votre texte ne comporte aucune mesure favorisant la prévention en la matière.

Enfin, je me réjouis qu'une prime de 500 euros soit envisagée, ce qui semble montrer que vous commencez à faire vôtre le plan de relance que vient de présenter le parti socialiste...

Mme Valérie Rosso-Debord. J'insisterai plus particulièrement sur le secteur médico-social. Vous avez reçu les associations, madame la secrétaire d'État, et vous savez qu'elles considèrent que le texte ne leur accorde pas une place suffisamment importante. Nous ferons un certain nombre de propositions pour la renforcer, pour lever leurs craintes en ce qui concerne les appels d'offres et pour leur donner la possibilité de continuer à mener des expérimentations innovantes sur le terrain, afin que le mouvement ne soit pas seulement descendant mais aussi ascendant.

Envisagez-vous par ailleurs de prendre des dispositions particulières pour la représentation des CHU au sein des conseils de surveillance ou faudra-t-il pour cela attendre les conclusions de la mission Marescaux ?

Mme Martine Billard. Je souhaite revenir sur le titre III. J'ai bien entendu que l'on procéderait prochainement à la révision de la loi de santé publique de 2004, mais le président de la Commission a aussi laissé entendre que des amendements relatifs à la prévention de l'obésité seraient déposés. Je m'étonne que l'on tronçonne de la sorte la santé publique, mais aussi que la santé environnementale soit totalement absente de ce titre.

J'ai par ailleurs l'impression qu'à l'article 22, relatif à l'éducation thérapeutique des patients, vous cherchez à faire entrer par la fenêtre les programmes d'observance de la thérapie suivie par des patients souffrant de pathologies lourdes. Or, nous nous étions tous retrouvés pour faire barrage à ces programmes, auxquelles les associations de patients sont hostiles, lorsque les laboratoires avaient cherché, à l'occasion d'un PLFSS antérieur, à les faire entrer par la porte principale. La rédaction de l'article L. 1161-4 qui évoque « une assistance et un soutien aux malades dans la prise en charge de leur maladie » nous inquiète d'autant plus que l'article 22 dispose que les précisions seront apportées par décret.

Mme Catherine Lemorton. Il me semble également que le titre III et l'article 22 appellent des précisions. Il faudra en particulier nous apporter des éclaircissements quant au financement de cette éducation thérapeutique dans le cadre de la T2A. Nous nous interrogeons aussi sur ce qui se cache derrière le mot « promoteurs » : il ne faut pas confondre, au regard de la définition de l'OMS de 1998, éducation thérapeutique et observance des traitements. Nous nous inquiétons vraiment de la place grandissante que prennent les industries pharmaceutiques, auxquelles un décret paru le 24 décembre dernier permet désormais de sponsoriser des émissions de télévision afin de promouvoir leur nom.

Nous sommes par ailleurs déçus que le titre III, relatif à la santé publique, ne traite ni de l'obésité, ni de la prévention à l'école, au travail ou dans le monde carcéral, ni de l'accès des jeunes à la contraception.

Pourquoi en revanche tant de précipitation à traiter la question de l'alcoolisme chez les jeunes alors que l'on va réviser la loi de santé publique ?

Pourquoi avoir renoncé aux dispositions relatives à la recherche clinique sur les personnes, pourtant contenues dans l'avant-projet ? Si elles ne présentent plus de caractère d'urgence, pourquoi nous reviennent-elles par l'intermédiaire d'une proposition de loi du groupe Nouveau centre ? Pourquoi ne les examinons-nous pas plutôt dans le cadre de la révision des lois bioéthiques ?

M. Guy Lefrand. Toutes les associations intervenant dans le secteur médico-social craignent que la formule de l'appel à projet ne les empêche d'innover. Il faudra les rassurer.

Je m'inquiète par ailleurs des difficultés que rencontrent certaines petites structures associatives d'hospitalisation à domicile pour accéder aux médicaments

de la réserve hospitalière. Nous chercherons par voie d'amendement à faciliter les délégations de pharmacies hospitalières.

Cela a été dit, il faut se méfier de l'opposition entre les médecins hospitaliers statutaires et les médecins sous contrat. Ce sont des problèmes que nous avons déjà rencontrés en anesthésie avec le recours aux « mercenaires ».

Ne peut-on vraiment pas envisager qu'un établissement public de santé puisse devenir membre, par dérogation, d'au moins deux CHT ? Il peut parfois advenir qu'en fonction de leur implantation géographique, certains hôpitaux portent des projets médicaux différents dans deux territoires différents.

Enfin, jeune député mais vieux médecin, je souhaite pousser un « coup de gueule » contre les propos démagogiques du docteur Pelloux, qui a affirmé devant nous que les médecins hospitaliers sont débordés et qu'il suffirait de faire travailler les médecins libéraux la nuit et le week-end pour que tout s'arrange. Si l'on veut trouver des solutions, comme vous vous efforcez de le faire, madame la ministre, en créant les ARS, il faut éviter de monter les gens les uns contre les autres. Soyons donc vigilants face à cette démagogie !

M. le président Pierre Méhaignerie. Il est difficile de ne pas réagir quand on affirme que l'on travaille de plus en plus et que l'on gagne de moins en moins. Ceux qui président des conseils d'administration d'hôpitaux savent que c'est loin d'être la vérité.

M. Gérard Bapt. Il ne faut pas caricaturer les propos de Patrick Pelloux : 70 % des accueils en milieu hospitalier ne devraient pas relever de l'hôpital.

Mme la ministre. Merci de le dire !

M. Gérard Bapt. Il ne faut donc pas faire du Dr Pelloux un bouc émissaire facile alors qu'un certain nombre de ses alarmes sont justifiées, on l'a encore vérifié cet hiver.

Ma première question porte sur l'offre de soins. Nous sommes tous d'accord pour faciliter le travail du médecin de premier recours par des mesures d'organisation et par des incitations, mais on parle aussi beaucoup ces derniers temps d'une taxe qui frapperait les médecins installés en zones bien dotées lorsqu'ils refuseront de mener des actions en direction des zones moins dotées. Devons-nous nous attendre à des amendements à ce propos lors de la discussion ?

S'agissant des abus en matière de dépassements d'honoraires et de refus de soins, l'Ordre des médecins dit qu'il ne reçoit pas de plaintes. Ne conviendrait-il pas de permettre non seulement aux patients mais aussi aux associations de saisir les caisses ou les conseils de l'Ordre ?

J'ai été par ailleurs frappé au cours des auditions réalisées par le rapporteur par les craintes que suscitent dans les milieux médico-hospitaliers vos propositions

en matière de gouvernance de l'hôpital, ce dernier étant vu comme une entreprise et son directeur comme un patron. Vous laissez ainsi de côté le projet médical et vous revenez en arrière par rapport à l'organisation en pôles. Les représentants des praticiens sont pour le moins réticents. Ce matin encore, le président des commissions médicales d'établissement de centres hospitaliers, le docteur Fellingier, a fait part de son inquiétude face à un tel changement de logique au moment où la précédente réforme commence à produire ses effets, même si de nombreux directeurs sont encore réticents à déléguer des tâches de gestion aux chefs de pôles. De nombreux praticiens hospitaliers ont d'ailleurs adressé une lettre au Président de la République pour critiquer cette nouvelle réforme de la gouvernance.

Sans remettre en chantier l'ensemble du titre premier – notamment ce qui a trait aux communautés hospitalières et à la facilitation des appels d'offres –, ne pensez-vous pas qu'il serait opportun, compte tenu de cette inquiétude et dans l'attente du rapport de M. Marescaux sur les CHU, de retirer du texte les articles relatifs à la gouvernance ? À défaut, je crains que le couvercle ne finisse par sauter, tant l'hôpital ressemble aujourd'hui à une marmite qui bout.

M. Pierre Morange. M. Bapt devrait conseiller à M. Pelloux de ne pas se laisser aller à la caricature, car il a tenu vis-à-vis de notre ministre, dont le courage n'est plus à souligner, des propos véritablement inadmissibles.

M. Gérard Bapt. Qu'a-t-il donc dit ?

Mme la ministre. Il a demandé ma démission à la suite du décès d'un enfant dans un service de pédiatrie générale à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul à Paris...

M. Pierre Morange. Par ailleurs, il me semble que la crainte du secteur médico-social concerne moins la formule de l'appel à projet que l'application de la directive européenne sur les services d'intérêt général, qui pourrait remettre en cause les subventions aux associations en les assimilant à des aides d'État. Il conviendrait donc de rechercher l'adoption d'une directive spécifique, offrant une sécurité aux associations, en particulier à celles qui interviennent dans le champ de la solidarité vis-à-vis de la dépendance et du handicap.

Mme la secrétaire d'État. Jean-Marie Rolland m'a interrogée sur la place des acteurs du monde médico-social dans les ARS. Des représentants des partenaires associatifs et des usagers – personnes âgées comme handicapées – seront présents dans le conseil de surveillance. Ils participeront à la commission plénière de la conférence de santé, c'est-à-dire à l'élaboration du plan stratégique, ainsi qu'aux commissions spécialisées, en vue de l'élaboration du schéma régional médico-social, et aux commissions d'appel à projets. Le nombre des représentants dans ces différentes instances sera précisé par des décrets qui seront préalablement soumis à la concertation.

Pour leur part, les gestionnaires seront présents dans la conférence régionale, dans les commissions spécialisées et dans les commissions d'appel à projets. Ils sont donc assurés de pouvoir construire, en partenariat, l'offre qui sera proposée dans le champ médico-social.

Le rapporteur s'est également demandé comment concilier le schéma régional de l'organisation médico-sociale et les schémas départementaux. Le projet clarifie la situation actuelle, qui voit coexister de nombreux plans, schémas et programmes sectoriels qui ne sont pas assez articulés entre eux et ne permettent donc pas une organisation et une régulation efficaces du système. Dans le cadre des ARS, le plan stratégique régional de santé fixera les objectifs et les orientations ainsi que les schémas régionaux qui définissent les mesures destinées à mettre en œuvre les objectifs, notamment en matière d'organisation médico-sociale, et les programmes qui précisent les modalités spécifiques d'application des schémas. À la différence des dispositifs actuels, peu coordonnés, la loi prévoit que ce schéma régional et les programmes qui l'accompagneront seront « élaborés et arrêtés au terme d'une procédure concertée avec les collectivités locales concernées ». C'est grâce à cette concertation que sera assurée, au niveau régional, la prise en compte des schémas départementaux, lesquels restent bien évidemment de la pleine compétence des départements.

Les appels à projets permettront d'organiser de façon plus efficace la sélection des projets de création d'établissements. L'objectif est d'aller plus vite et de mettre fin aux listes d'attente. Il faut également sélectionner les projets présentant les meilleures caractéristiques, ce qui devrait rassurer le milieu médico-social. Le cahier des charges des appels à projets sera défini par décret. Il permettra de mettre en valeur l'innovation et des critères qualitatifs dans les procédures de sélection.

Il convient également d'inciter les promoteurs à présenter des projets là où ils ne le font pas spontanément aujourd'hui. Nous voulons par exemple éviter le dépôt d'un trop grand nombre de projets d'EHPAD et d'un trop petit nombre de projets de CIAD alors que c'est là que les besoins sont les plus importants. C'est dans ce cadre que la logique d'appel à projets prendra tout son sens et prouvera toute son efficacité.

La décision de lancer l'appel à projets sera prise par les autorités publiques. La commission de sélection placée auprès de chaque autorité qui délivre l'autorisation – ARS et président de conseil général – se réunira à l'initiative de cette dernière. Lorsque l'établissement bénéficie d'un financement conjoint – c'est notamment le cas des EHPAD et des foyers médicalisés d'accueil pour personnes handicapées – il y aura une commission mixte.

La commission examinera les propositions de tous les promoteurs qui auront répondu à l'appel à projets. Ces derniers seront sélectionnés comme dans une procédure d'appel d'offres. La commission proposera au directeur de l'ARS et/ou au président du conseil général d'autoriser immédiatement le ou les projets

qui répondront le mieux aux besoins définis par le schéma médico-social et qui seront le plus compatibles avec le programme régional d'accompagnement qui fixe les enveloppes financières pour trois à quatre ans. Les promoteurs retenus pourront ainsi lancer immédiatement le recrutement et la construction, l'objectif étant, là aussi, d'accélérer les choses.

Valérie Rosso-Debord et Guy Lefrand ont abordé la question de l'innovation. En préparant le décret, nous chercherons en permanence à faire en sorte que le cahier des charges permette de sélectionner le mieux-disant et soit ouvert à l'innovation. Mais je suis tout à fait ouverte à ce que cela soit davantage affirmé dans le texte. Tous les acteurs ont déjà été consultés et le projet de décret leur sera à nouveau soumis.

S'agissant, toujours dans le champ médico-social, de la délégation de compétences aux conseils généraux, il est vrai que l'on peut se poser la question de l'expérimentation. Les élus sont très partagés, au-delà de leur sensibilité politique, et je pense qu'il faut donc continuer à travailler ensemble avant toute décision. Je me réjouis que cela soit possible dans le cadre du débat parlementaire, dont j'espère qu'il permettra également de rassurer le milieu médico-social.

Mme la ministre. Je rappelle à Mme Génisson que les missions de service public sont parfaitement définies dans le texte, qui en dresse une liste exhaustive. La possibilité est en effet ouverte, lorsqu'il y a carence du service public dans un territoire de santé, de faire appel, pour telle ou telle mission de service public, à un établissement privé de santé. Il n'y a pas de confusion possible avec l'excellence : l'aide médicale d'urgence n'a rien à voir avec la recherche en santé ou avec l'enseignement universitaire. Certains établissements privés ont acquis une véritable excellence dans certaines techniques, c'est le cas de l'hôpital Marie Lannelongue dans les Hauts-de-Seine, établissement de pointe en chirurgie cardiaque, où il peut être très intéressant d'organiser une formation.

Cette question me permet aussi de tordre le cou à l'idée que la loi ferait disparaître les établissements dits PSPH – participant au service public hospitalier. Les établissements privés sans but lucratif sont un très bon exemple de ces établissements de droit privé qui assurent déjà des missions de service public. Le projet confirme le lien indissoluble entre l'exercice de certaines activités de santé ou certains modes de prise en charge et l'engagement que cette charge représente pour la structure et pour les médecins qui l'exercent. Les établissements PSPH ont montré l'intérêt d'une telle démarche pour les patients, pour les professionnels et pour le système de soins. C'est en fonction des besoins de la population du territoire que les missions de service public doivent désormais pouvoir être attribuées aux établissements de santé et non en fonction du statut de ces derniers. Dès lors, l'appellation « participant au service public » ne peut plus être réservée à une seule catégorie d'établissements. Mais j'insiste sur la nécessité que l'identité des établissements PSPH soit reconnue. Ils pourraient ainsi devenir – je m'en suis entretenue avec le rapporteur Jean-Marie Rolland – des « établissements de santé d'intérêt collectif » dès lors qu'ils choisiraient de s'engager dans des missions de

service public et de respecter les obligations d'accueil et de prise en charge qui s'y attachent. Ces établissements continueront de fonctionner selon les mêmes modalités. Les dispositions relatives au financement des établissements PSPH, qui leur permettent de bénéficier de l'échelle tarifaire publique, seront maintenues. Sur le plan juridique, la possibilité de détacher des praticiens hospitaliers et des professeurs des universités-praticiens hospitaliers dans un établissement assurant des missions de service public relève du règlement et cette disposition continue donc à exister. Je veux redire ici à quel point je suis attachée à ces établissements privés à but non lucratif qui continueront à jouer un rôle majeur dans notre paysage hospitalier.

J'indique à Mmes Billard et Lemorton que les dispositions relatives à l'éducation thérapeutique n'ont rien à voir avec une quelconque privatisation. Je l'ai dit à plusieurs reprises...

M. Pierre Morange. En particulier devant la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS).

Mme la ministre. Je l'ai dit aussi lors du Conseil européen de la santé, qui a émis des recommandations sur cette question de l'éducation thérapeutique. J'ai d'ailleurs été très satisfaite de constater que l'ensemble de mes collègues, à l'exception de la ministre suédoise, était sur la même ligne.

Aucune privatisation subreptice n'est donc possible, mais si vous pensez qu'un amendement offrirait davantage de garanties, je suis disposée à le considérer avec bienveillance. Il n'y a donc pas lieu de me faire de procès d'intention à ce propos.

Nous aurons bien évidemment l'occasion de parler de la santé environnementale lorsque nous examinerons les missions assurées par l'ARS, dont l'architecture permettra de bien mieux traiter non seulement cette préoccupation mais aussi la gestion des crises et la veille sanitaire.

Je suis attentivement, monsieur Roy, à la question de l'amiante, en particulier de l'amiante chrysotile, et des nouvelles pathologies qui y sont liées. J'exprime par avance mon intérêt pour un éventuel amendement relatif aux fibres courtes, qui viendrait utilement compléter le texte.

Ayant été le suppléant de Bruno Le Maire, Guy Lefrand, dont je salue l'arrivée dans cette assemblée, sait à quel point les questions européennes, qu'à également évoquées Pierre Morange, sont importantes. Je veille tout particulièrement à ce que le modèle de santé français soit préservé et j'ai eu récemment l'occasion de mener le combat à propos de la directive sur les soins de santé transfrontaliers et de rappeler que les règles du marché intérieur ne sauraient influencer sur nos spécificités.

Plusieurs questions relatives à l'hospitalisation à domicile (HAD), à la pharmacie et aux médicaments relèvent du domaine réglementaire, mais j'ai bien pris note de vos observations.

Gérard Bapt m'a interrogée sur la taxe qui pourrait être imposée aux médecins. J'ai lu à ce propos beaucoup de bêtises puisqu'un grand syndicat de médecins est allé jusqu'à dire que je menais une politique de santé digne de l'Union soviétique...

Aucune taxe n'est prévue. On me reproche tout simplement de défendre une mesure consensuelle dont l'idée est apparue il y a six mois à l'occasion des états généraux de l'organisation de la santé (EGOS), et qui a ensuite été soumise à la négociation conventionnelle. Sans doute préfère-t-on attaquer mon projet sur ce qu'il ne contient pas plutôt que pour ce qui s'y trouve.

Il s'agit concrètement de préciser les modalités d'incitation financière dans les zones les moins denses, et celles de la participation des médecins des zones les plus denses à la réponse aux besoins de santé non couverts dans les zones avoisinantes. Cela peut prendre de nombreuses formes – régulation téléphonique de la permanence des soins, actions de prévention, interventions dans des EHPAD – et la consultation en zone sous-dense ne sera pas obligatoire.

Les EGOS ont proposé que les médecins qui souhaiteraient néanmoins s'affranchir de cette obligation bien peu contraignante puissent le faire en acquittant une contribution forfaitaire. Présenter la « taxe Bachelot » comme l'unique réponse à la question des déserts médicaux relève donc de la caricature !

Pour autant, le principe de cette régulation voulue par les EGOS doit être précisé par les partenaires conventionnels. C'est à eux qu'il appartient de négocier, sous l'égide et sous le contrôle du directeur général de l'UNCAM, les conditions de mise en œuvre de cette mesure au sein de la profession. Le Gouvernement attend des partenaires qu'ils exercent le mandat qui leur a été proposé par les états généraux. Le président de la République et moi-même avons insisté sur la nécessité de trouver des mesures opérationnelles et de parvenir à un engagement responsable des médecins. Les difficultés de nos concitoyens et la situation économique imposent aujourd'hui d'apporter de vraies réponses.

Le projet de loi ne s'inscrit nullement dans une logique de l'hôpital-entreprise ; il s'agit simplement de mettre en œuvre le projet médical de l'établissement, et la réforme que je propose ne s'oppose nullement à la gestion par pôles, d'autant que le rôle fonctionnel des chefs de pôles est désormais clairement établi. Je m'étonne d'ailleurs, monsieur Bapt, de la façon dont vous avez présenté la position de M. Fellingner, président de la Conférence des présidents de CME des centres hospitaliers, puisque ce dernier a publiquement approuvé la réforme proposée.

M. Gérard Bapt. Un grand nombre de praticiens ont néanmoins signé la lettre adressée au Président de la République...

Madame la ministre. N'oublions pas qu'il y a au total près de 40 000 praticiens hospitaliers... Mais il faut bien sûr prendre en considération le point de vue des signataires de cette lettre, comme j'ai entendu hier celui des 12 manifestants présents lors de ma visite à Bordeaux... J'ajoute que l'appel auquel vous faites allusion marque en fait un certain soutien à ce projet puisqu'on y demande des mesures qui sont déjà prévues ou qui pourraient être introduites par des amendements auxquels je ne me montrerai pas hostile.

Vous avez raison, il faut cesser d'opposer les uns aux autres. Ce qui importe, c'est ce que nous voulons faire, c'est-à-dire décloisonner notre système, permettre que la continuité des soins soit assurée, garantir que l'on puisse être soigné en tout lieu et à toute heure sans que l'hôpital s'en trouve encombré, faciliter le passage du médico-social à l'hôpital. Tout cela suppose bien sûr des structures adaptées, mais aussi une nouvelle culture, une culture de la réconciliation. J'en appelle donc à la responsabilité de tous.

Des vies humaines ont été indûment perdues lors des événements dramatiques de la fin de l'année. Je trouve indécente la façon dont certains ont immédiatement instrumentalisé ce qui s'est passé. Pour ma part, j'ai voulu travailler dans le respect des personnels hospitaliers et de notre patrimoine public. Pour que nous puissions connaître la vérité, j'ai demandé que des enquêtes et des inspections soient menées. Elles ont montré que ces critiques n'étaient en rien justifiées puisqu'il s'agissait non pas de problèmes de moyens mais de problèmes d'organisation. En fait, des personnes qui voulaient, peut-être de bonne foi, défendre l'hôpital public, l'ont attaqué. J'ai reçu avant-hier les représentants des huit fédérations de personnels hospitaliers. Tous m'ont fait part des effets désastreux qu'ont eus les polémiques de la fin de l'année ; tous ont déploré la perte de confiance qui s'en est suivie. Bien sûr, la transparence doit être totale et je ne transigerai jamais à ce propos, mais j'appelle solennellement à la réconciliation. Tel est en fait le véritable défi de ce projet.

M. le président Pierre Méhaignerie. Merci pour cet effort de pédagogie qui n'a pas duré moins de trois heures.... Je constate que personne ne souhaite prendre la parole, chacun ayant eu tout loisir de s'exprimer pendant l'audition des ministres.

II.- EXAMEN DU RAPPORT

*Après le départ des ministres, constatant qu'aucun commissaire ne souhaite prendre la parole, chacun ayant eu tout loisir de s'exprimer pendant l'audition des ministres, le président **Pierre Méhaignerie** indique que la discussion générale est close et que la prochaine réunion de la commission sera consacrée à l'examen des amendements.*

III.- EXAMEN DES ARTICLES

La commission examine les articles du présent projet de loi au cours des séances des mardi 3, mercredi 4 et jeudi 5 février 2009.

TITRE I^{ER}

MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

CHAPITRE I^{ER}

Missions des établissements de santé

Avant l'article 1^{er}

La Commission examine un amendement de Mme Catherine Génisson tendant à intégrer les honoraires des médecins libéraux dans les tarifs des établissements privés autres que les établissements privés non lucratifs.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La convergence tarifaire tient d'ores et déjà compte de la différence évoquée par l'amendement, comme l'indique d'ailleurs le rapport sur la convergence tarifaire intersectorielle diffusé par le ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative au moment de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

La Commission rejette l'amendement, ainsi qu'un amendement de Mme Catherine Génisson visant à supprimer la convergence tarifaire entre hôpitaux publics et cliniques privées.

Article 1^{er}

Missions des établissements de santé et missions de service public

L'article 1^{er} vise, d'une part, à préciser les missions imparties aux établissements de santé et, d'autre part, à mieux définir les missions spécifiques de service public qui pourront désormais être assurées par n'importe quel établissement de santé, quel que soit son statut, sous réserve d'assurer aux patients qu'il accueille certaines garanties définies par la loi. Un régime transitoire est parallèlement aménagé pour les établissements de santé privés à statut particulier qui étaient jusqu'ici les seuls à être admis à participer au service public hospitalier.

● *Missions des établissements de santé*

Le I et le II ont pour objet de redéfinir les missions des établissements de santé qui sont actuellement définies sans clef de partage claire dans les articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du code de la santé publique qui contiennent des dispositions hétéroclites, issues d'une succession de textes de nature différentes, et non hiérarchisées.

Le **I** procède à une réécriture globale de l'article L. 6111-1 du chapitre I^{er} (« *Missions des établissements de santé* ») du titre I^{er} (« *Organisation des activités des établissements de santé* ») du livre I^{er} (« *Établissements de santé* ») de la sixième partie (« *Établissements et service de santé* ») du code de la santé publique, afin de mieux définir les missions des établissements de santé et d'insister sur l'essentiel de ces missions qui sont désormais hiérarchisées pour plus de lisibilité.

L'**alinéa 2** définit de façon inchangée la mission générale des établissements de santé qui est d'assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient. Il est précisé que cette mission s'accomplit dans les conditions prévues par le code de la santé publique.

L'**alinéa 3** continue de distinguer, comme le fait l'article L. 6111-2 dans sa rédaction actuelle, la dispensation de soins avec et sans hébergement, mais précise désormais que les soins sans hébergement peuvent être dispensés soit sous forme ambulatoire, soit à domicile. Les prises en charge ambulatoires et l'hospitalisation à domicile (HAD) ne sont en effet plus aujourd'hui des alternatives de l'hospitalisation mais en constituent une des modalités courantes. La mention explicite dans la loi de l'hospitalisation à domicile consacre ainsi son rôle, dont le rapport d'avril 2008 de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher, avait souligné tout l'intérêt.

L'**alinéa 4** introduit de façon novatrice dans les missions des établissements de santé la participation à la coordination des soins. Face à la complexité croissante des parcours de soins, une bonne coordination des soins est en effet nécessaire. Celle-ci, qui consiste à mettre en relation les établissements de santé avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et avec les établissements ou services médico-sociaux, s'effectue dans le cadre défini par la nouvelle agence régionale de santé (ARS).

L'**alinéa 5** mentionne également de façon novatrice la participation des établissements de santé à la mise en œuvre de la politique de santé publique et prévoit sans changement leur participation à la mise en œuvre des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.

L'**alinéa 6** dispose de façon inchangée que les établissements de santé mènent, en leur sein, une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale.

Le **II** de l'article (**alinéa 7**) a pour objet d'abroger l'article L. 6111-2 du chapitre I^{er} (« *Missions des établissements de santé* ») du titre I^{er} (« *Organisation des activités des établissements de santé* ») du livre I^{er} (« *Établissements de santé* ») de la sixième partie (« *Établissements et service de santé* ») du code de la santé publique. Cette abrogation se justifie par le fait que le nouvel article L. 6111-1 a fusionné en un seul article, dans une optique d'homogénéisation du dispositif, les dispositions hétéroclites et non hiérarchisées qui figuraient jusqu'ici dans les articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du code de la santé publique.

Il convient de souligner que l'abrogation de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, qui distinguait les soins de courte durée, les soins de suite ou de réadaptation et les soins de longue durée, revient à ne plus opérer de distinction selon les durées de séjour.

- *Missions de service public*

Le **III** (**alinéa 8**) a pour objet de modifier l'intitulé actuel (« *Service public hospitalier* ») du chapitre II du titre I^{er} (« *Organisation des activités des établissements de santé* ») du livre I^{er} (« *Établissements de santé* ») de la sixième partie (« *Établissements et service de santé* ») du code de la santé publique en le renommant « *Missions de service public des établissements de santé* ».

Il s'agit, par ce changement de dénomination, de mieux distinguer les missions générales des établissements de santé, définies dans le I, des missions de service public spécifiques que peuvent en outre assumer les établissements de santé, quel que soit leur statut.

Cette clarification des missions de service public assurées par les établissements de santé trouve une double justification. En premier lieu, l'examen des conditions d'accès aux soins montre que sur certains territoires, aucun établissement n'assure les missions de service tandis que dans d'autres, l'exercice de ces missions est parfois redondant. Il importe donc de définir précisément ces missions de service public pour que les autorités sanitaires puissent mieux les répartir. Par ailleurs, dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), l'exercice de missions de service public justifie une rémunération différente de celle fondée sur l'activité. La sortie du financement de ces missions hors des tarifs implique donc d'identifier quelles sont les missions de service public réellement assurées par certains établissements de façon à mieux prendre en compte les surcoûts et les difficultés d'organisation qu'elles engendrent.

Le **IV** (**alinéa 9**) procède à une réécriture globale des articles L. 6112-1, L. 6112-2 et L. 6112-3 du chapitre II du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique afin de refonder le service public hospitalier en distinguant plus clairement les différentes missions de service public. Les acteurs qui peuvent assurer ces missions de service public, les modalités d'attribution de celles-ci, ainsi que les garanties accordées aux patients accueillis par les personnes

morales ou physiques qui assurent une ou plusieurs missions de service public sont également précisés.

Le nouvel article L. 6112-1 du code de la santé publique (**alinéa 10**) liste ainsi les missions de service public que les établissements de santé peuvent être appelés à mener ou auxquels ils peuvent participer.

Ces missions de service public sont en grande partie identiques à celles qui figuraient déjà dans la rédaction précédente de l'article L. 6112-1 du code de la santé publique et sont également présentées dans un ordre très proche.

Figurent ainsi toujours au nombre des missions de service public :

- l'enseignement universitaire et post-universitaire (**alinéa 12**) ;
- la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers (**alinéa 13**) ;
- la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence (**alinéa 14**) ;
- la recherche en santé (**alinéa 15**), avec toutefois une formulation quelque peu différente puisque le code mentionne actuellement la recherche « *médicale, odontologique et pharmaceutique* » ;
- les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination (**alinéa 16**) ;
- l'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés (**alinéa 17**), dont l'objet, selon la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires, désormais codifié à l'article L. 6311-1 du code de la santé publique, est « *en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état* » ;
- la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi qu'avec les associations œuvrant dans le domaine de l'insertion (**alinéa 18**) ;
- les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire, dans des conditions définies par décret (**alinéa 21**) ;
- les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (**alinéa 22**) ;

– les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté (**alinéa 23**). Ces centres ont été créés par la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, qui institue la rétention de sûreté. Celle-ci permet de retenir, à titre exceptionnel, dans un centre fermé dénommé centre socio-médico-judiciaire (sous la tutelle des ministères de la justice et de la santé), des personnes condamnées à une peine de réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à quinze ans qui présentent, à l'issue de leur peine, une probabilité très élevée de récidive et une particulière dangerosité résultant d'un trouble grave de leur personnalité. Ces personnes bénéficient de façon permanente d'une prise en charge médicale, éducative, sociale, psychologique et criminologique adaptée jusqu'à la fin de cette rétention de sûreté.

Il convient néanmoins de souligner que de nouvelles missions de service public sont désormais explicitement inscrites dans la loi. Il s'agit en premier lieu de la permanence des soins (**alinéa 11**), dont l'importance en matière d'accès aux soins est soulignée par la première place qu'elle occupe dans la liste des missions de service public. Les actions de santé publique (**alinéa 19**) et la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement (**alinéa 20**) figurent également désormais dans la liste des missions de service public.

• *Acteurs susceptibles d'assurer une ou plusieurs missions de service public*

Le nouvel article L. 6112-2 du code de la santé publique (**alinéa 24**) énumère la liste des acteurs susceptibles d'assurer une ou plusieurs missions de service public.

Les établissements de santé sont cités en premier (**alinéa 25**) mais la première innovation est que le code de la santé publique n'isole plus, parmi les établissements de santé susceptibles d'assurer tout ou partie des missions de service public, les établissements publics et certains établissements privés mais mentionne, de façon générique, tous les établissements de santé, quel que soit leur statut.

Jusqu'à aujourd'hui, l'exécution de missions de service public reposait, outre sur les établissements de santé publics, sur deux catégories d'établissements privés à statut particulier : les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH) et les établissements privés concessionnaires du service public hospitalier (SPH), la loi prévoyant un traitement juridique différent selon que l'exécution du service public était demandée par un établissement privé à but non lucratif ou privé à but lucratif. Pour les premiers (PSPH), l'insertion au service public hospitalier était juridiquement conclue sous forme réglementaire (décret) aux termes de l'article L. 6161-6 du code de la santé publique, alors que pour les seconds (SPH) l'insertion était conclue au moyen d'un acte contractuel (contrat de concession) selon l'article L. 6161-9 du code de la santé publique.

Avec cette nouvelle rédaction de l'article L. 6112-2, des missions de service public peuvent désormais être assurées dans les mêmes conditions par l'ensemble des établissements de santé quel que soit leur statut, ce qui est de nature à assurer en matière d'offre de soins une couverture territoriale optimale. Les missions de service public peuvent être assurées « à la carte » en fonction des besoins d'accès aux soins identifiés et dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu avec l'agence régionale de santé ou d'un contrat spécifique.

Parmi les autres acteurs susceptibles d'assurer une ou plusieurs missions de service public, on observe une certaine continuité avec la présence de l'Institution nationale des Invalides⁽¹⁾ (**alinéa 27**) et du service de santé des armées⁽²⁾ – SSA – (**alinéa 28**) mais il convient également de souligner quelques innovations.

En effet, les groupements de coopération sanitaire – GCS – (**alinéa 26**), dont le régime juridique est par ailleurs refondu par l'article 13 du présent projet de loi (*cf. infra*), les titulaires d'autorisations d'équipements matériels lourds⁽³⁾ autres que les établissements de santé, les GCS, l'institution nationale des Invalides et le service de santé des armées (**alinéa 29**), mais aussi les praticiens exerçant dans l'ensemble des structures susnommées (**alinéa 30**) pourront désormais assurer une ou plusieurs missions de service public.

Si les centres de lutte contre le cancer (CLCC) ne sont plus explicitement nommés, il convient cependant de remarquer que ces établissements de santé privés sont intégrés dans la catégorie des établissements de santé mentionnée à l'alinéa 25, sans qu'il y ait lieu de leur réserver un sort à part.

L'exposé des motifs précise que ces missions de service public « *seront attribuées sur la base de l'organisation territoriale définie dans le cadre du schéma régional de l'offre de soins* ». Dans ce cadre, l'**alinéa 31** donne compétence au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), en cas de carence sur un territoire de santé, c'est-à-dire dans le cas où une mission de service public n'est pas assurée sur ce territoire, et sans préjudice des compétences réservées par la loi à d'autres autorités administratives, d'imposer, lorsque cela est nécessaire, une mission de service public à une des personnes morales ou

(1) *Établissement de santé public à caractère administratif du ministère de la Défense, fondé en 1674 par Louis XIV pour prendre en charge les soldats devenus invalides à son service et placé sous l'autorité du Président de la République, l'Institution nationale des Invalides (INI) comprend aujourd'hui deux centres : le centre des pensionnaires, qui reçoit en cette qualité, à titre permanent, des invalides et qui héberge pour des séjours de courte durée certains mutilés ou invalides ; le centre médico-chirurgical, comportant, en particulier, un service de rééducation fonctionnelle.*

(2) *Le SSA est un service du ministère de la Défense, qui ne dispose pas de la personnalité morale, et dont dépendent les hôpitaux des armées.*

(3) *du type caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons, appareil d'imagerie ou de spectométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique, scanographe à utilisation médicale, caisson hyperbare ou cyclotron à utilisation médicale.*

physiques mentionnées ci-dessus. La répartition des missions de service public relèvera ainsi de l'ARS, maîtresse d'œuvre du projet régional de santé.

L'**alinéa 32** prévoit dans quel cadre seront définies les obligations spécifiques auxquelles est assujéti l'établissement de santé ou la personne chargée de la mission de service public ainsi que les modalités selon lesquelles est calculée la compensation financière de ces obligations. Ces obligations doivent être inscrites dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique (*cf.* article 3 du présent projet de loi) selon lequel les agences régionales de la santé concluent avec les établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire et les titulaires d'une autorisation d'installation d'équipements matériels lourds des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens d'une durée maximale de cinq ans.

Pour les personnes physiques ou morales qui ne sont pas soumises à l'obligation de conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens au titre de l'article L. 6114-1, ces obligations devront être définies dans un contrat spécifique.

• *Garanties accordées aux patients des personnes morales ou physiques qui assurent une ou plusieurs missions de service public*

Le nouvel article L. 6112-3 du code de la santé publique (**alinéa 33**) reprend, en les précisant, les garanties qui sont accordées aux patients des personnes morales ou physiques qui assurent une ou plusieurs missions de service public et qui figurent aujourd'hui à l'article L. 6112-2 du code de la santé publique dans sa rédaction actuelle.

Lorsqu'un patient est accueilli dans le cadre des missions de service public assurées par une des personnes morales ou physiques énumérées à l'article L. 6112-2, celle-ci est tenue de lui assurer une triple garantie :

– garantie d'un égal accès à des soins de qualité (**alinéa 34**). Si l'égalité d'accès aux soins était déjà reconnue par la loi, l'insistance sur la qualité de ces soins est nouvelle ;

– garantie d'un accueil et d'une prise en charge vingt-quatre heures sur vingt-quatre ou d'une orientation vers un autre établissement ou institution (**alinéa 35**) ;

– garantie de pouvoir être pris en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire les tarifs conventionnels des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention pour les médecins et les chirurgiens-dentistes.

Par ailleurs, l'**alinéa 37** dispose que dès lors qu'un patient a été admis⁽¹⁾ ou accueilli⁽²⁾ et pris en charge⁽³⁾ au titre de l'urgence, ou de l'une des missions énumérées au 1° et 6° à 13° de l'article L. 6112-1 – c'est-à-dire au titre de la permanence des soins, des actions d'éducation et de prévention pour la santé, de l'aide médicale urgente, de la lutte contre l'exclusion sociale, des actions de santé publique, de la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement, des soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire, des soins dispensés aux personnes retenues en vertu du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ainsi que des soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté –, celui-ci bénéficie, pour l'ensemble des prestations qui lui sont délivrées, de la garantie d'un égal accès à des soins de qualité et d'une prise en charge sans dépassement d'honoraires.

L'**alinéa 38** précise que l'ensemble des garanties mentionnées aux alinéas 34 à 37 que les personnes morales ou physiques qui assurent une ou plusieurs missions de service public sont obligées d'assurer à leurs patients s'imposent également aux praticiens qui y exercent. Les conditions dans lesquelles ces garanties seront assurées sont détaillées au VII de l'article 1^{er}.

Le **V (alinéa 39)** insère un nouvel article L. 6112-3-1 dans le code de la santé publique qui précise les garanties que les établissements publics de santé doivent obligatoirement offrir à leurs patients dans l'ensemble de leurs missions, y compris en dehors du cadre des missions de service public.

L'**alinéa 40** dispose ainsi que tous les établissements publics doivent garantir, pour l'ensemble de leurs missions, un égal accès à des soins de qualité et un accueil et une prise en charge vingt-quatre heures sur vingt-quatre ou une orientation vers un autre établissement ou institution.

Pour l'ensemble de leurs missions, les établissements publics doivent également appliquer aux assurés sociaux les tarifs prévus aux articles L. 162-20, c'est-à-dire les tarifs de responsabilité des caisses, et L. 162-26 du code de la sécurité sociale, c'est à dire les tarifs des consultations et actes externes, ainsi que ceux réalisés dans un service chargé des urgences, sans que cela n'interdise néanmoins des dépassements de tarifs pour les cas particuliers des praticiens libéraux contractuels exerçant dans les établissements publics de santé (*cf. infra* au II de l'article 8) visés à l'article L. 6146-2 du code de la santé publique et des praticiens statutaires à temps plein qui exercent une activité libérale dans un établissement public de santé, visés à l'article L. 6154-1 du code de la santé publique.

(1) L'admission valide l'hospitalisation du patient. Elle relève de la responsabilité du directeur de l'établissement (art. R. 1112-11 du CSP)

(2) L'accueil est la première étape de prise en charge du patient, dans le cadre d'une hospitalisation, d'un passage aux urgences, d'une consultation ou d'un acte médico-technique

(3) La prise en charge intègre les différentes étapes diagnostique et thérapeutique dont le patient bénéficie.

Le **VI (alinéa 42)** vise à remplacer les deux derniers alinéas de l'article L. 6122-7 du chapitre II (« *Autorisations* ») du titre II (« *Équipement sanitaire* ») du livre I^{er} (« *Établissements de santé* ») de la sixième partie (« *Établissements et services de santé* ») du code de la santé publique.

L'article L. 6122-7 du code de la santé publique dispose actuellement que l'autorisation, délivrée actuellement par l'agence régionale de l'hospitalisation et demain par l'ARS, pour les projets relatifs à la création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, et l'installation des équipements matériels lourds, peut être assortie de conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique.

Ce principe général est maintenu. Les conditions particulières existantes, à savoir l'engagement de mettre en œuvre des mesures de coopération de nature à favoriser une utilisation commune des moyens et la permanence des soins, sont conservées mais complétées pour y intégrer la participation à une ou plusieurs des missions de service publics définies à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique. Parallèlement, le cas des établissements de santé privés ne fait plus l'objet d'un traitement particulier pouvant subordonner l'autorisation à l'engagement de ces établissements de conclure un contrat de concession pour l'exécution du service public hospitalier ou un accord d'association au fonctionnement de celui-ci (**alinéa 43**).

De façon inchangée, l'**alinéa 44** prévoit que l'autorisation de création, de conversion et de regroupement des activités de soins, ou d'installation d'équipements matériels lourds pourra être suspendue ou retirée dans les conditions prévues au I de l'article L. 6122-13 si une des conditions mise à son octroi (engagement de mettre en œuvre des mesures de coopération de nature à favoriser une utilisation commune des moyens, permanence des soins et participation à une ou plusieurs missions de service public) n'est pas réalisée en pratique.

Article L. 6122-13 du code de la santé publique

« I.- Lorsqu'il est constaté, à l'occasion de l'exercice d'une activité de soins, un manquement aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique imputable à la personne titulaire de l'autorisation, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation le notifie à cette dernière et lui demande de faire connaître, dans les huit jours, ses observations en réponse ainsi que les mesures correctrices adoptées ou envisagées. »

« En l'absence de réponse dans ce délai ou si cette réponse est insuffisante, il adresse au titulaire de l'autorisation une injonction de prendre toutes dispositions nécessaires et de faire cesser définitivement les manquements dans un délai déterminé. Il en constate l'exécution ». »

Avec cette nouvelle rédaction de l'article L. 6122-7 du code de la santé publique, il sera donc désormais possible d'assortir une autorisation de soins à

l'exercice d'une mission de service public et de retirer ou suspendre cette même autorisation en cas d'inexécution de cette mission.

Le **VII (alinéa 45)** remplace l'actuel article L. 6161-4 du chapitre I^{er} (« *Dispositions générales* ») du titre VI (« *Établissements de santé privés* ») du livre I^{er} (« *Établissements de santé* ») de la sixième partie (« *Établissements et services de santé* ») du code de la santé publique par un nouvel article L. 6161-4 ayant pour objet d'ouvrir la possibilité de réviser les contrats d'exercice des professions médicales libérales exerçant dans des établissements de santé privés participant à une ou plusieurs missions de service public.

Dans sa rédaction actuelle, l'article L. 6161-4 du code de la santé publique concerne les établissements de santé privés à but non lucratif ne participant pas à l'exécution du service public hospitalier ayant opté pour le financement par dotation globale. Cette catégorie d'établissements de santé a été créée par l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée qui a mis fin au régime de financement par prix de journée préfectoral (PJP) de diverses catégories d'établissements privés dans un but de simplification et d'harmonisation et qui a ouvert pour les établissements anciennement financés par un PJP un droit d'option entre le régime de financement des établissements publics par dotation globale ou celui de l'hospitalisation privée. Ces établissements sont assimilés aux établissements publics de santé en ce qui concerne l'accès des assurés sociaux et des personnes bénéficiaires de l'aide sociale. Les conséquences pratiques de la suppression de cette catégorie d'établissements de santé sont prévues au XVII de l'article 1^{er} (*cf. infra*)

L'**alinéa 46** s'attache aux conséquences liées à l'exercice d'une mission de service public par un établissement privé de santé sur les contrats conclus par celui-ci avec des professionnels médicaux. Les contrats visés, mentionnés au premier et deuxième alinéa de l'article L. 4113-9 du code de la santé publique, concernent les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes en exercice, et recouvrent à la fois les contrats ayant pour objet l'exercice de la profession, ceux assurant l'usage d'un matériel ou d'un local ainsi que ceux ayant pour objet de transmettre la propriété de ces derniers.

Il est prévu que ces contrats, conclus pour l'exercice d'une profession médicale avec un établissement de santé ou une personne qui assure des missions de service public, devront prévoir la participation médicale à ces missions de service public ainsi que l'octroi aux patients accueillis dans le cadre de ces missions de service public des garanties fixées à l'article L. 6112-3 du code de la santé publique (*cf. supra*).

Il s'agit, avec cette disposition, de s'assurer que lorsque des établissements de santé privés participeront à l'une ou plusieurs des missions de service public mentionnées dans leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), les exigences du service public trouveront leur déclinaison dans les contrats

d'exercice libéral des médecins exerçant dans lesdits établissements, ce qui nécessitera le plus souvent une renégociation de ces contrats.

Dans son avis rendu sur l'avant-projet de loi, la commission Larcher a souligné que « *les conditions de renégociation des contrats passés entre les cliniques et leurs praticiens libéraux pourraient s'avérer délicates* » et que « *la renégociation de ces contrats doit être bien sécurisée* ».

C'est pourquoi l'**alinéa 47** prévoit que les contrats des professions médicales devront être révisés dans un délai de six mois à compter de la signature du contrat mentionné au dernier alinéa de l'article L. 6112-2 du code de la santé publique, c'est-à-dire le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens pour ceux qui sont tenus d'en signer un ou un contrat spécifique pour les autres. Il est clairement précisé dans la loi que le refus par le praticien de réviser son contrat constituera un motif de rupture.

Cette obligation législative de renégocier des contrats ne porte pas pour autant atteinte à la liberté contractuelle qui a été reconnue récemment ⁽¹⁾ par le Conseil constitutionnel comme une liberté de valeur constitutionnelle. En effet, le Conseil constitutionnel a développé, depuis 1998, une jurisprudence constante selon laquelle « *le législateur ne saurait porter aux contrats légalement conclus une atteinte qui ne soit justifiée par un motif d'intérêt général suffisant sans méconnaître les exigences résultant des articles 4 et 16 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789* » (Décision 2002-465 DC, 13 janvier 2003). Dès lors, si le législateur ne peut en principe pas donner à un contrat une portée différente de celle qu'ont entendu lui conférer ses auteurs, il en va autrement lorsqu'il existe un motif d'intérêt général suffisant comme c'est le cas en l'espèce et cela d'autant plus que le Conseil constitutionnel a reconnu le caractère d'exigence constitutionnelle qui s'attache à la protection de la santé dans la décision 2004-504 DC du 12 août 2004.

- *Centres de lutte contre le cancer*

Le **VIII** vise à réécrire le premier alinéa de l'article L. 6162-1 du chapitre II (« *Centres de lutte contre le cancer* ») du titre VI (« *Établissements de santé privés* ») du livre I^{er} (« *Établissements de santé* ») de la sixième partie (« *Établissements et services de santé* ») du code de la santé publique. Il s'agit de définir de façon plus appropriée le rôle des centres de lutte contre le cancer, en leur reconnaissant explicitement le caractère d'établissements de santé et en tirant également les conséquences de la nouvelle distinction opérée par le présent projet de loi entre les missions générales des établissements de santé et les missions de service public, alors que l'ancienne rédaction disposait que les centres de lutte contre le cancer assurent « *les missions des établissements de santé et celles du service public hospitalier dans le domaine de la cancérologie* ».

(1) *d'abord implicitement par la décision 98-401 DC du 10 juin 1998, puis explicitement par la décision 2000-437 DC du 19 décembre 2000*

En précisant désormais que « *les centres de lutte contre le cancer sont des établissements de santé qui exercent leurs missions dans le domaine de la cancérologie* », la nouvelle rédaction ne supprime par pour autant la reconnaissance par la loi de leur participation à une mission de service public puisque l'article 33 du présent projet dispose qu'une ordonnance devra « *préciser les missions de service public des centres de lutte contre le cancer* ».

Le **IX** a pour objet une réécriture globale de l'article L. 162-20 du code de la sécurité sociale et tire notamment les conséquences de la suppression de la dénomination d'« *établissements d'hospitalisation privés à but non lucratif participant à l'exécution du service public hospitalier* ». Le droit existant, qui prévoit que les assurés sociaux sont hospitalisés dans les établissements publics de santé aux tarifs fixés par l'autorité administrative compétente, reste inchangé.

- *Aide médicale urgente*

Le **X** a pour objet de réécrire l'article L. 6311-2 du chapitre I^{er} (« *Aide médicale urgente* ») du titre I^{er} (« *Aide médicale urgente, permanence des soins et transports sanitaires* ») du livre III (« *Aide médicale urgente, permanence des soins, transports sanitaires et autres services de santé* ») de la sixième partie (« *Établissements et services de santé* ») du code de la santé publique qui se contente aujourd'hui d'indiquer que « *les services d'aide médicale urgente fonctionnent dans les conditions prévues à l'article L. 6112-5* ».

Le X vise ainsi à détailler directement dans l'article L. 6311-2 du code de la santé publique les conditions de fonctionnement des unités participant au service d'aide médicale urgente en reprenant, tout en les aménageant, les dispositions de l'article L. 6111-5.

Le service d'aide médicale urgente (SAMU) est une activité de soins de médecine d'urgence des établissements de santé qui fait l'objet d'une autorisation accordée par l'ARH. Par simplification, ce terme désigne également les unités participant au service d'aide médicale urgente (SAMU) qui ont pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence. Les missions et l'organisation des SAMU sont fixées aux articles R. 6311-1 et suivants du code de la santé publique.

L'**alinéa 53** continue de disposer que seuls les établissements de santé peuvent être autorisés, conformément aux règles juridiques relatives à la délivrance de ces autorisations fixées dans le chapitre II (« *Autorisations* ») du titre II (« *Équipement sanitaire* ») du livre I^{er} (« *Établissements de santé* ») de la sixième partie (« *Établissements et services de santé* ») du code de la santé publique, à comporter une ou plusieurs unités participant au service d'aide médicale urgente. Les missions et l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente sont fixées de façon inchangée par voie réglementaire.

L'innovation principale se trouve dans l'**alinéa 54** qui dispose que le centre de réception et de régulation des appels installé dans les services d'aide

médicale urgente pourra désormais être commun à plusieurs services concourant à l'aide médicale.

Il n'existe pas aujourd'hui de définition légale des services concourant à l'aide médicale urgente. Seule une circulaire de la direction des hôpitaux et de l'organisation des soins (DHOS) en date de 2004 désigne les SAMU/SMUR, les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) et les ambulanciers privés comme étant les « *trois partenaires dans le domaine de l'aide médicale urgente* ». Dans ces conditions, il semble que les services concourant à l'aide médicale d'urgence doivent se limiter aux SDIS, et notamment à leurs services de santé et de secours médical (SSSM), les transporteurs sanitaires privés ne pouvant être juridiquement définis comme étant des « services ».

La rédaction actuelle de l'article L. 6112-5 contraint chaque service d'aide médicale urgente à avoir un centre de réception et de régulation des appels. La nouvelle rédaction ouvre utilement la possibilité d'une organisation plus souple et de mutualisation de moyens au niveau interdépartemental qui permettront une meilleure efficacité de ces services et seront de nature à remédier à certaines difficultés révélées par l'actualité récente.

Par ailleurs, le fonctionnement des unités participant au service d'aide médicale urgente et des centres de réception et de régulation des appels pourra continuer à être assuré avec le concours de médecins d'exercice libéral (**alinéa 55**) et les centres de réception et de régulation des appels continueront à être interconnectés dans le respect du secret médical avec les dispositifs de réception des appels destinés aux services de police et aux services d'incendie et de secours (**alinéa 56**).

Le **XI (alinéa 57)**, de façon logique avec le parti pris de détailler directement dans l'article L. 6311-2 du code de la santé publique les conditions de fonctionnement des services d'aide médicale urgente en reprenant tout en les complétant les dispositions de l'article L. 6111-5 du code de la santé publique, abroge ce dernier article.

- *Centres de santé*

Le **XII** vise à modifier l'article L. 6323-1 du chapitre III (« *Centres de santé* ») du titre II (« *Autres services de santé* ») du livre III (« *Aide médicale urgente, permanence des soins, transports sanitaires et autres services de santé* ») de la sixième partie (« *Établissements et services de santé* ») du code de la santé publique afin de procéder à quelques aménagements du régime juridique des centres de santé.

Héritiers de la grande tradition des sociétés de secours mutuels et des dispensaires municipaux, les centres de santé ont vu leur existence et leurs missions reconnues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 et inscrites dans le code de la santé publique, faisant ainsi de ces centres, à côté des hôpitaux et des cabinets libéraux, un mode d'organisation des soins original qui

réunit dans un même lieu de proximité des médecins généralistes, des spécialistes, des dentistes, des infirmiers, des kinésithérapeutes et des assistants sociaux.

Ces centres de santé font partie du dispositif des soins de ville au titre de l'offre de soins de premier recours et sont un élément déterminant de l'accessibilité des soins puisqu'ils offrent une gamme complète des soins ambulatoires (médecine générale, médecine spécialisée, soins infirmiers à domicile, soins dentaires) aux tarifs conventionnés de secteur 1 ou à des tarifs maîtrisés. Structures de proximité, ils accueillent tout public et ont obligation de pratiquer le tiers payant. Les professionnels de santé y sont généralement salariés.

L'**alinéa 60** soumet désormais les centres de santé à l'obligation d'élaborer un projet de santé. Il s'agit notamment de prendre en compte le rapport de juin 2007 de Mme Dominique Acker, conseillère générale des établissements de santé, sur les centres de santé qui mettait en évidence que la grande hétérogénéité en taille, en activité et en organismes gestionnaires des centres de santé « *ne permet pas d'affirmer que tous ont un même niveau de projet médical et de référentiels qualité* » et vise ainsi à renforcer les garanties de qualité des soins qui y sont prodigués.

L'**alinéa 61** ouvre par ailleurs aux établissements de santé la faculté de créer et de gérer des centres de santé alors que cette possibilité leur était jusqu'ici interdite.

Les **alinéas 62 et 63** suppriment l'agrément de l'autorité administrative auquel étaient soumis les centres de santé et qui était obtenu en fonction du résultat d'une visite de conformité et au vu d'un dossier justifiant que ces centres fonctionneraient bien dans des conditions conformes à des prescriptions techniques correspondant à leur activité.

Désormais, les centres de santé ne seront plus soumis qu'à des conditions techniques de fonctionnement prévues par décret. Il convient de souligner que le rapport Acker précité proposait déjà de mettre fin aux procédures d'agrément mais suggérait une procédure d'autorisation assortie d'une contractualisation du financement d'une partie de leur frais de structure en fonction de leur implication dans la politique de santé publique, de prévention et d'accès aux soins qui n'est pas reprise par le projet de loi.

Le **XIII (alinéa 64)** abroge l'article L. 6323-2 du code de la santé publique, issu de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, relatif à l'existence d'une instance nationale présidée par le ministre chargé de la santé, regroupant les représentants de l'État, des caisses nationales d'assurance maladie, des gestionnaires et des professionnels soignants des centres de santé, afin de permettre une concertation sur toutes les dispositions réglementaires susceptibles de concerner les centres de santé, ainsi qu'une réflexion sur les projets innovants sanitaires et sociaux qu'ils pourraient mettre en place.

La suppression de la référence à la création de cette instance nationale de concertation des centres de santé, qui n'a d'ailleurs jamais été mise en place, se justifie dans la mesure où les centres de santé sont déjà associés aux réflexions sur l'organisation des soins dans le cadre de leur participation aux conférences de territoires.

Le **XIV (alinéa 65)** complète l'article L. 6111-3 du chapitre I^{er} (« *Missions des établissements de santé* ») du titre I^{er} (« *Organisation des activités des établissements de santé* ») du livre I^{er} (« *Établissements de santé* ») de la sixième partie (« *Établissements et services de santé* ») du code de la santé publique pour indiquer, en cohérence avec les dispositions de l'alinéa 61 ouvrant désormais aux établissements de santé la faculté de créer et de gérer des centres de santé, que les établissements de santé peuvent créer et gérer, en plus des services et établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés aux articles L. 312-1 et L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles, des centres de santé.

● *Abrogation de dispositions relatives aux établissements privés de santé*

Le **XV (alinéa 67)** abroge plusieurs articles du chapitre I^{er} (« *Dispositions générales* ») du titre VI (« *Établissements de santé privés* ») du livre I^{er} (« *Établissements de santé* ») de la sixième partie (« *Établissements et services de santé* ») du code de la santé publique.

L'article L. 6161-3-1 relatif au traitement des situations de déséquilibre financier et aux modalités de mise sous administration provisoire des établissements privés de santé est abrogé mais continuera néanmoins de s'appliquer pendant une période transitoire (*cf. infra*).

Par ailleurs, les articles L. 6161-5, fixant le principe général de la participation des établissements de santé privés à l'exécution du service public hospitalier, les articles L. 6161-6, L. 6161-7 et L. 6161-8, relatifs aux règles de fonctionnement des établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer à l'exécution du service public hospitalier (PSPH), l'article L. 6161-9 relatif aux contrats de concession pour l'exécution du service public hospitalier et l'article L. 6161-10 relatif aux accords d'association au fonctionnement du service public permettant à un établissement de santé privé d'être associé au service public hospitalier pour la réalisation d'un ou plusieurs objectifs, sont également abrogés.

Les accords d'association avec un établissement public permettaient jusqu'ici à un établissement privé de santé d'être associé au service public hospitalier pour la réalisation d'un ou plusieurs objectifs (coordination d'une activité de soins, utilisation en commun d'équipements, organisation en commun de la formation de professionnels).

Il s'agit de tirer les conséquences de la réforme opérée par le présent projet de loi qui consiste à ne plus raisonner, pour les établissements de santé privés, par statut mais par participation ou non à une ou plusieurs missions de service public.

• *Dispositions transitoires*

Les paragraphes XVI à XIX ont pour objet de prévoir des dispositions transitoires s'appliquant à diverses catégories d'établissements privés : les établissements de santé privés qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier (PSPH), les établissements de santé privés qui ont opté pour le financement par dotation globale, les centres de lutte contre le cancer (CLCC) et les établissements qui ont conclu des contrats de concession pour l'exécution du service public hospitalier (SPH).

Le **XVI (alinéa 68)** précise certaines dispositions transitoires relatives aux établissements de santé privés qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier.

L'**alinéa 68** prévoit que les établissements de santé privés qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier (PSPH) continuent d'exercer, dans les mêmes conditions, les missions pour lesquelles ils y ont été admis ou celles qui sont inscrites à leur contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM) jusqu'au terme de ce contrat ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. Cette date est celle à laquelle le processus de convergence intersectorielle des tarifs des prestations des établissements publics et privés sera achevé, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs. Le législateur a prévu, dans le cadre de la T2A, que la convergence intersectorielle, et donc le terme maximal de la période transitoire visée ici, devait être achevée au plus tard en 2012.

Jusqu'à cette date (terme du CPOM ou au plus tard date d'achèvement du processus de convergence intersectorielle), les dispositions des articles L. 6112-3-1 (obligations prévues aux alinéas 40 et 41 du présent article – *cf. supra*), L. 6112-6 (mise en place de permanences d'accès aux soins de santé – qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits – et conclusion avec l'État de conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement aux personnes en situation de précarité), L. 6112-7 (organisation de la délivrance de soins palliatifs, au sein de l'établissement ou dans le cadre de structures de soins alternatives à l'hospitalisation), L. 6143-2 (mise en place d'un projet d'établissement), L. 6143-2-1 (mise en place d'un projet social), des cinquième et sixième alinéas de l'article L. 6143-4 (conditions d'approbation et contentieux de l'état des prévisions de recettes et de dépenses) et des articles L. 6145-1 (fixation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses) et L. 6155-1 (obligation de formation continue pour les médecins, biologistes, odontologistes et les pharmaciens) du code de la santé publique leur sont applicables. Jusqu'à cette

même date, les règles de financement par l'assurance maladie de leurs activités de soins et les règles de participation de l'assuré social qui s'appliquent à eux sont les mêmes que celles des établissements publics de santé. (**alinéa 69**)

Jusqu'à cette même date, les dispositions de l'article L. 6161-3-1 (modalités de retour à l'équilibre financier et mise sous administration provisoire) et du dernier alinéa de l'article L. 6161-7 (possibilité dérogatoire de recruter des praticiens par contrat à durée déterminée pour une période égale au plus à quatre ans) du code de la santé publique dans leur rédaction antérieure à la présente loi leur restent également applicables (**alinéa 70**).

Le **XVII** précise certaines dispositions transitoires relatives aux établissements de santé privés qui ont opté pour le financement par dotation globale.

L'**alinéa 71** prévoit que ces établissements continuent d'exercer, dans les mêmes conditions, les missions qui sont inscrites à leur contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM) jusqu'au terme de ce contrat ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, c'est-à-dire au plus tard en 2012.

Jusqu'à cette date (terme du CPOM ou au plus tard date d'achèvement du processus de convergence intersectorielle), les dispositions des articles L. 6143-2 (mise en place d'un projet d'établissement) et L. 6143-2-1 (mise en place d'un projet social), des cinquième et sixième alinéas de l'article L. 6143-4 (condition d'approbation et contentieux de l'état des prévisions de recettes et de dépenses) et de l'article L. 6145-1 (fixation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses) du code de la santé publique leur sont applicables. Jusqu'à cette même date, les règles de financement par l'assurance maladie de leurs activités de soins et les règles de participation de l'assuré social qui s'appliquent à eux sont les mêmes que celles des établissements publics de santé (**alinéa 72**).

Jusqu'à cette même date, les dispositions de l'article L. 6161-3-1 (modalités de retour à l'équilibre financier et mise sous administration provisoire) dans leur rédaction antérieure à la présente loi leur restent applicables (**alinéa 73**).

Le **XVIII** précise certaines dispositions transitoires relatives aux centres de lutte contre le cancer (CLCC).

L'**alinéa 74** prévoit que ces établissements continuent d'exercer, dans les mêmes conditions, outre les missions qui leur sont assignées par la loi, les missions prévues à leur contrat pluriannuel d'objectif et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi du 18 décembre 2003, c'est-à-dire au plus tard en 2012.

Jusqu'à cette date (terme du CPOM ou au plus tard date d'achèvement du processus de convergence intersectorielle), les règles de financement par

l'assurance maladie de leurs activités de soins et les règles de participation de l'assuré social qui s'appliquent à eux sont les mêmes que celles des établissements publics de santé (**alinéa 75**).

Jusqu'à l'entrée en vigueur de l'ordonnance prévue au 2° de l'article 33 de la présente loi prévoyant qu'une ordonnance devra « *préciser les missions de service public des centres de lutte contre le cancer* », les dispositions des articles L. 6112-3 (obligations prévues aux alinéas 34 à 38 du présent article – *cf. supra*), L. 6112-6 (mise en place de permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, et conclusion avec l'État de conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement aux personnes en situation de précarité), L. 6112-7 (organisation de la délivrance de soins palliatifs, en leur sein ou dans le cadre de structures de soins alternatives à l'hospitalisation), L. 6143-2 (mise en place d'un projet d'établissement), L. 6143-2-1 (mise en place d'un projet social), des cinquième et sixième alinéas de l'article L. 6143-4 (condition d'approbation et contentieux de l'état des prévisions de recettes et de dépenses) et des articles L. 6145-1 (fixation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses) et L. 6155-1 (obligation de formation continue pour les médecins, biologistes, odontologistes et les pharmaciens) du code de la santé publique leur sont applicables (**alinéa 76**).

Jusqu'à l'entrée en vigueur de l'ordonnance prévue au 2° de l'article 33 de la présente loi, les dispositions de l'article L. 6161-3-1 (modalités de retour à l'équilibre financier et mise sous administration provisoire) et du dernier alinéa de l'article L. 6161-7 (possibilité dérogatoire de recruter des praticiens par contrat à durée déterminée pour une période égale au plus à quatre ans) du code de la santé publique dans leur rédaction antérieure à la présente loi leur restent applicables (**alinéa 77**).

Le **XIX** précise enfin certaines dispositions transitoires relatives aux contrats de concession pour l'exécution du service public hospitalier.

Ceux-ci ne seront pas renouvelés et prendront fin au plus tard à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi du 18 décembre 2003, c'est-à-dire au plus tard en 2012.

*

La commission examine un amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à supprimer, dans les missions des établissements à l'égard des patients, la prise en compte de leurs aspects psychologiques.

M. Jean-Luc Prével. Cette indication symbolique va de soi. La loi n'a pas vocation à faire de la littérature. Pourquoi, dès lors, ne pas indiquer qu'il faut

également tenir compte de l'environnement familial, social ou économique du patient ?

M. le rapporteur. Cette observation est très pertinente et le code de la santé publique va déjà dans ce sens. Mais les associations de patients tiennent à cette précision.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement.

La Commission examine un amendement de M. Yves Bur tendant à garantir aux patients et à leurs familles, en liaison avec les acteurs de santé exerçant en ambulatoire et dans les secteurs médico-social et social, la continuité du parcours de soins.

M. Yves Bur. Il s'agit d'assurer la continuité de la prise en charge des patients.

Suivant l'avis favorable du rapporteur, la Commission adopte l'amendement.

La Commission examine trois amendements identiques de MM. Rémi Delatte, Jean-Luc Préel et Mme Catherine Génisson, tendant à donner une définition plus large du domicile du patient.

Suivant l'avis favorable du rapporteur, la Commission adopte les amendements.

La Commission examine un amendement de Mme Valérie Boyer visant à élargir le champ d'action de la réflexion menée par les établissements de santé au domaine culturel.

Mme Valérie Boyer. Il faut ainsi permettre d'élargir le champ d'action des fondations hospitalières. En effet, les hôpitaux sont souvent propriétaires de bâtiments historiques qui mériteraient d'être utilisés à des fins culturelles par le biais de ces fondations.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, qui estime que le droit commun des fondations peut s'appliquer aux hôpitaux publics, la Commission rejette l'amendement.

La Commission examine un amendement de Mme Valérie Boyer prévoyant que d'ici à 2012, les établissements publics de santé consacrent un pourcentage minimal de leur budget à la prévention en santé publique.

Mme Valérie Boyer. Il s'agit de créer une obligation juridique de prévention en santé publique et de concrétiser ainsi l'implication des établissements publics de santé en la matière.

M. le rapporteur. L'objectif de l'amendement ne peut évidemment être contesté, mais il existe déjà des crédits pour la prévention et le dispositif proposé présente un caractère insuffisamment normatif.

M. le président Pierre Méhaignerie. Si l'on veut éviter que les lois ne deviennent des romans, il ne faut pas ajouter à des textes déjà lourds des éléments de nature réglementaire ou déclarative.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement, puis adopte un amendement rédactionnel du rapporteur.

La Commission examine en discussion commune deux amendements, l'un de Mme Catherine Génisson, l'autre de Mme Jacqueline Fraysse, tendant à préciser les missions de service public des établissements de santé.

Mme Catherine Génisson. C'est ici un débat fondamental sur le service public, sur lequel nous aurons l'occasion de revenir plus longuement en séance publique. L'amendement propose la définition d'un socle minimal de service public.

Mme Jacqueline Fraysse. Il ne faut pas confier aux hôpitaux des missions de service public à la carte, car cette définition requiert beaucoup d'argent public et de sérieux. L'amendement s'attache à définir un bloc indissociable de quatre missions (permanence des soins, éducation pour la santé et prévention, lutte contre l'exclusion sociale, actions de santé publique) auquel d'autres pourront s'ajouter. Sur l'ensemble des bancs, cette question est à juste titre considérée comme essentielle.

M. Bernard Debré. Le président de la République a confié une mission sur l'avenir des centres hospitalo-universitaires (CHU) au professeur Jacques Marescaux. Devant remettre son rapport d'ici le mois de mai, elle se réunit quasi quotidiennement et a demandé à l'unanimité de ses trente membres, dont Mme Catherine Génisson et moi-même, que ces établissements ne soient pas inclus dans le périmètre du projet de loi.

Mme Catherine Génisson. Il n'y a rien à ajouter à ce que vient excellemment de dire M. Bernard Debré. On nous propose de légiférer sur les hôpitaux, y compris les CHU. Retirer ces établissements du champ du projet de loi, c'est la moindre des choses au regard des travaux de la mission Marescaux, mais cela pose un sérieux problème de méthodologie, car les CHU sont partie intégrante de l'organisation de la santé, aux côtés des hôpitaux généraux et au sein des futures communautés hospitalières de territoire. Lorsque la mission aura remis ses conclusions, qui comprendront sans doute des propositions de nature fondamentale pour le paysage hospitalier et, plus généralement, médical, il faudra nécessairement aborder la question des fonctions des CHU.

M. Jean-Marie Le Guen. Non seulement il est gênant de légiférer alors que la mission Marescaux n'a pas achevé ses travaux, mais en réalité, cette

mission a été créée précisément parce que le projet de loi est trop faible, insuffisant et inadapté, notamment pour ce qui est de la prise en compte de la recherche et de l'enseignement.

Mme Michèle Delaunay. Lors de son audition par notre commission la semaine dernière, la ministre de la santé, a indiqué, sans doute pour plaisanter, qu'elle avait enlevé le H de CHU de la mission Marescaux. Il n'est pas possible de les ignorer, tant les CHU forment la colonne vertébrale de notre système hospitalier ! Il est regrettable que nous soyons ainsi contraints de travailler en kit, sans vision d'ensemble, sur une loi qui se veut pourtant fondatrice.

M. Jacques Domergue. Il n'est pas possible d'affirmer que nous ne savons pas quoi faire s'agissant des CHU, car nous disposons déjà du rapport de la mission conduite par le professeur Daniel Jaeck. D'ambition globale – et c'est sa force – le projet de loi couvre l'ensemble de la médecine, depuis le malade jusqu'à la recherche : il aborde donc nécessairement la question des CHU, dont il ne faut pas retarder l'examen.

M. Bernard Debré. C'est le président de la République lui-même qui a installé la mission Marescaux à Strasbourg en janvier dernier et il se tient informé de très près de ses réunions quasi quotidiennes. Il ne serait pas admissible qu'elle en soit réduite à bavarder pendant que se fait la loi.

M. Jean-Luc Prél. Par ses propos, M. Jean-Marie Le Guen défend déjà une question préalable à l'occasion de laquelle il expliquera qu'il faut renvoyer l'examen du projet de loi en raison du problème posé par les CHU. Or celui-ci traite de l'hôpital en général et les CHU ont bien une vocation de soins. Cela étant, l'avenir des hôpitaux psychiatriques doit également être évoqué : leur mode de fonctionnement est différent de celui des hôpitaux généraux et il sera donc difficile d'intégrer à ces hôpitaux les structures extérieures, tels les ateliers protégés, qui sont actuellement associées au secteur psychiatrique. Ici aussi, nous disposons d'un rapport, celui remis par M. Édouard Couty sur la santé mentale, mais ses conclusions seront difficiles à intégrer dans la loi.

M. le rapporteur. Pour répondre aux différents intervenants, je soulignerai que le présent texte est attendu depuis longtemps et son examen était déjà prévu pour le dernier trimestre de l'année 2008.

Ce projet de loi est global et traite de nombreux sujets : la prévention, le secteur médico-social, les soins à domicile ou en établissements, que ces établissements soient publics ou privés, *etc.* En revanche, il n'évoque pas les questions de la recherche et de la formation.

Il existe aujourd'hui plus de mille établissements publics en France dont il faut revoir la gouvernance. Il est aussi impératif de réorganiser le système de santé en général. S'agissant du sujet de la santé mentale, il ne figure pas dans le présent texte : un projet de loi spécifique devrait être discuté au cours de l'année 2009.

Un projet de loi portant révision de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, qui date de près de cinq ans doit également être discuté prochainement.

Si je comprends bien l'émotion que peuvent éprouver les membres de la commission Marescaux, chacun sait que la vie parlementaire est rythmée par la publication de nombreux rapports. C'est précisément le propre de ce projet de loi que de mettre en musique un ensemble d'éléments divers, au premier rang desquels la question de la gouvernance des hôpitaux, qui avait été soulignée par le rapport établi par la commission de concertation relative aux missions de l'hôpital présidée par M. Gérard Larcher. Son contenu est suffisamment important pour que nous nous y attelions sans tarder.

S'agissant des deux amendements en discussion, je donne un avis défavorable à leur adoption, dans un souci de pragmatisme. Je comprends leur inspiration. Il reste qu'il existe des établissements assurant une ou plusieurs missions de service public, sans nécessairement assurer l'ensemble du bloc que constituent ces missions, et qu'il faut prendre en considération.

M. le président Pierre Méhaignerie. Il est important que nous puissions nous écouter. Il ne me paraît pas intéressant de reprendre en commission les effets de manche de la séance publique !

M. Jean-Marie Le Guen. Pas de leçons ! Pas de dictature !

Mme Valérie Rosso-Debord. Les travaux de la commission Marescaux me semblent plutôt centrés sur la question des établissements hospitalo-universitaires en lien avec le ministère en charge de l'enseignement supérieur et de la recherche. Ces questions recouvrent celle de la préparation des futurs soignants. Pour le reste, je ne peux que dire mon accord avec le rapporteur. Il faut avancer. Il n'y a pas deux modes de gouvernance distincts, celui applicable aux hôpitaux d'une part, celui applicable aux centres hospitalo-universitaires d'autre part.

Mme Catherine Génisson. Ce propos rejoint exactement la proposition que nous faisons de ne pas dissocier l'examen de ces deux questions, celle de l'hôpital et celle des centres hospitalo-universitaires.

J'ajoute que, contrairement à ce que soutient le rapporteur, l'article 1^{er} du projet de loi évoque la prise en charge par les établissements de santé de l'enseignement universitaire et post-universitaire au 2^o de l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, de la recherche en santé au 5^o du même article, ou encore de la formation initiale et continue aux 3^o et 4^o... Mais nous aurons ce débat en séance publique.

S'agissant enfin des deux présents amendements, il ne s'agit pas de procéder à des exclusions de compétence au profit des hôpitaux privés, mais de prévoir, en cas de carence du service public – hypothèse qui a été évoquée par la

ministre en charge de la santé elle-même –, un socle de missions de service public qu'auront à prendre en charge les hôpitaux privés.

La Commission rejette les deux amendements.

La Commission examine, en discussion commune, deux amendements tendant à préciser que la lutte contre l'exclusion sociale assurée par les établissements de santé est réalisée en relation avec les associations qui œuvrent dans le domaine de la lutte contre l'exclusion, l'un de Mme Catherine Génisson, l'autre de Mme Jacqueline Fraysse, ce dernier soulignant que cette collaboration est effectuée « dans une dynamique de réseaux ».

M. le rapporteur. Je donne un avis favorable à l'adoption de l'amendement de Mme Catherine Génisson, car la notion de dynamique de réseaux me semble limitative.

M. le président Pierre Méhaignerie. Cela atteste notre capacité d'ouverture ! Je propose à Mme Jacqueline Fraysse de cosigner l'amendement de Mme Catherine Génisson.

Mme Jacqueline Fraysse. J'accepte de cosigner l'amendement de Mme Catherine Génisson, car qui peut le plus peut le moins !

La Commission adopte l'amendement de Mme Catherine Génisson et l'amendement de Mme Jacqueline Fraysse devient sans objet.

La Commission examine un amendement de M. Jean-François Chossy tendant à éviter que la liste des missions de service public prises en charge par les établissements de santé n'écarte certains établissements publics ou privés.

M. Jean-François Chossy. Il ne faudrait pas que le présent dispositif empêche la prise en compte de l'action des établissements procédant à l'accompagnement des personnes âgées ou handicapées.

M. le rapporteur. La rédaction proposée par cet amendement est proche de celle qui figure à l'alinéa 4 et c'est pourquoi je suis défavorable à son adoption.

La Commission rejette l'amendement.

La Commission examine trois amendements identiques présentés respectivement par M. Yves Bur, Mme Catherine Génisson et M. Jean-Luc Prével, tendant à préciser que les missions de service public définies à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique sont assurées en fonction des besoins de la population, appréciés dans le schéma régional d'organisation des soins.

M. Yves Bur. Il est essentiel de préciser que ces missions sont assurées en tenant compte des besoins de la population.

Mme Catherine Génisson. Il est en effet important d'insister sur cette notion de besoin, non sur celle de consommation par la population.

M. le rapporteur. Sous réserve d'une rectification formelle relative à la dénomination de ce schéma régional, je suis favorable à l'adoption de ces amendements.

La Commission adopte les trois amendements.

La Commission examine trois amendements identiques présentés respectivement par M. Yves Bur, Mme Catherine Génisson et M. Jean-Luc Prével, tendant à donner la possibilité aux communautés hospitalières de territoires d'assurer les missions de service public définies à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique.

M. le rapporteur. Je ne suis pas favorable à l'adoption de ces amendements car les communautés hospitalières de territoires n'auront pas la personnalité morale.

M. Jean-Luc Prével. Dès lors que ces communautés seront fédératives et associées, elles auront à prendre en charge ces missions de service public.

M. Yves Bur. Peut-être faudrait-il préciser, au moyen d'un sous-amendement, que ces missions seront assurées une fois l'intégration de ces structures effectuée, mais une telle solution présente une certaine lourdeur.

M. Jacques Domergue. Ne pourrait-on pas proposer une rédaction prévoyant l'alternative, à savoir la référence aux établissements de santé « ou » aux communautés hospitalières ?

M. le rapporteur. Cette dernière solution ne me paraît pas opportune.

Contrairement à l'avis du rapporteur, la Commission adopte les amendements.

La Commission examine deux amendements identiques de M. Yves Bur et Mme Catherine Génisson tendant à préciser que ce sont bien les établissements publics de santé qui assurent en premier ressort les missions de service public.

M. Yves Bur. Il est important de souligner cette compétence des établissements publics de santé, quand ils peuvent l'exercer.

M. le rapporteur. Je ne suis pas favorable à l'adoption de cet amendement : dans un souci d'efficacité en effet, on ne peut accorder la priorité à un établissement public lorsqu'une telle mission est prise en charge par un autre établissement.

La Commission rejette les amendements.

La Commission examine un amendement de M. Yves Bur rendant obligatoire la définition des modalités de calcul de la compensation financière des obligations de service public.

M. Yves Bur. Il est important de souligner que le principe de la délégation d'un service public à un opérateur privé repose sur le fait que le délégant ouvre au délégataire les perspectives financières susceptibles de lui faire accepter la charge du service. Si la mission est assumée, alors elle doit être financée !

M. le rapporteur. La précision proposée ne semble pas très adaptée dans la mesure où la prise en charge des missions est parfois déjà intégrée dans les tarifs dans le cadre de la T2A : c'est pourquoi je donne un avis défavorable à l'adoption de cet amendement.

La Commission rejette l'amendement.

La Commission examine deux amendements identiques de M. Guy Lefrand et M. Jean-Luc Prével tendant à préciser les modalités de reconnaissance des missions de service public assurées les établissements de santé.

M. Guy Lefrand. Cet amendement vise à insérer dans le texte deux précisions : d'une part il prévoit que la signature ou la révision du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique ou du contrat spécifique puissent être à l'initiative de l'un ou l'autre des signataires, ARS ou établissements. D'autre part, il dispose que les missions de service public déjà assurées sur un territoire donné font l'objet d'une reconnaissance prioritaire dans le CPOM.

M. Jean-Luc Prével. Il est essentiel en effet que chacun puisse donner son avis dans le cadre de cette procédure. Aujourd'hui, les décisions prises par les ARS sont de nature unilatérale ; pour demain, le projet de loi prévoit qu'elles figureront dans un contrat, le CPOM.

M. le rapporteur. Je ne suis pas favorable à l'adoption de ces amendements qui auraient pour effet, alors même que certaines restructurations pourraient s'avérer nécessaires, de donner une prime aux situations préexistantes.

La Commission rejette les amendements.

La Commission examine un amendement de M. Claude Leteurtre, prévoyant que le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens associe les médecins libéraux exerçant dans l'établissement de santé si ce contrat comporte des obligations nouvelles ne résultant pas des contrats qu'ils ont signés en application de l'article L. 4113-9 du code de la santé publique.

M. Claude Leteurtre. Il apparaît légitime d'associer en amont les médecins d'exercice libéral, dès lors que ce contrat pourra être révisé du fait des missions de service public confiées à l'établissement de santé privé. Cet

amendement permettra également de simplifier le dispositif et de faciliter la mise en œuvre du contrat.

M. le rapporteur. Alors que le projet de loi vise à simplifier et à introduire davantage de souplesse dans le fonctionnement du système de santé, l'amendement apparaît au contraire de nature à complexifier la procédure prévue par cet article.

M. le Président Méhaignerie. Sans être opposé sur le fond, il me semble préférable de ne pas alourdir excessivement la rédaction du projet de loi.

L'amendement est retiré.

La Commission examine un amendement de M. Claude Leteurre prévoyant que pour les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale, la compensation prévue par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens peut relever de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

M. Claude Leteurre. Afin que l'ensemble des établissements hospitaliers, y compris ceux qui ne relèvent pas de la tarification à l'activité, puissent assumer des missions de service public, la compensation financière de ces missions, prévue par le présent texte, doit pouvoir relever de la dotation de financement des MIGAC. L'amendement répond ainsi au principe d'égalité de traitement entre établissements de santé, étant précisé qu'il concerne les cliniques psychiatriques.

M. le rapporteur. Une telle proposition n'apparaît pas opportune, dans la mesure où ce problème devrait être résolu avec la mise en œuvre du nouveau mode de valorisation des activités psychiatriques (VAP) en 2010.

M. Claude Leteurre. Je ne partage pas cette opinion.

La Commission rejette l'amendement.

La Commission examine un amendement de M. Jean-Luc Prével prévoyant que sur chaque territoire de santé, les missions de service public mentionnées au 1°, 6°, 7°, 8°, et 9° de l'article L. 6112-1 du même code sont dispensées à un niveau de proximité.

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement vise à garantir que les missions de service public seront dispensées à un niveau de proximité, afin de resserrer la notion de territoire de santé et veiller à répondre aux besoins de santé de la population.

M. le rapporteur. Si son intention est louable, le dispositif proposé semble plutôt relever du domaine réglementaire.

La Commission rejette l'amendement

Suivant l'avis favorable du rapporteur, la Commission adopte un amendement de Mme Catherine Génisson étendant à l'hospitalisation à domicile les garanties liées à l'exercice d'une mission de service public en établissement de santé.

La Commission examine un amendement de M. Jean-Luc Prével prévoyant que les obligations à l'égard des patients prévues au 1° et 2° de l'article L. 6112-3 du code de la santé publique sont applicables aux établissements publics de santé et aux établissements de santé privés d'intérêt collectif pour l'ensemble de leurs missions et qu'ils appliquent les tarifs opposables.

M. Jean-Luc Prével. Il apparaît nécessaire d'étendre aux établissements de santé privés d'intérêt collectif, à but non lucratif, les obligations prévues pour les établissements publics de santé.

M. le rapporteur. Si l'intention de l'amendement est bonne, celui-ci pourrait être satisfait par un amendement à venir relatif aux établissements privés de santé d'intérêt collectif (EPSIC).

La Commission rejette l'amendement.

La Commission examine un amendement de Mme Bérengère Poletti définissant les missions de service public que les établissements de santé privés d'intérêt collectif doivent assurer, outre celles définies à l'article L. 6112-1 du même code.

Mme Bérengère Poletti. Cet amendement vise à mieux positionner les établissements de santé privés à but non lucratif sur les missions de service public.

M. le rapporteur. L'amendement comporte en premier lieu plusieurs dispositions ne relevant pas du domaine de la loi. Par ailleurs, plusieurs éléments du dispositif proposé sont repris dans l'amendement à venir sur les EPSIC.

L'amendement est retiré.

La Commission examine un amendement de M. Marc Bernier prévoyant que la dotation nationale de financement des MIGAC participe également au financement des établissements de santé géographiquement isolés et dont le volume d'activité est limité.

M. Marc Bernier. La mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire a montré que l'offre de soins de premier recours ne peut se maintenir dans un territoire que si elle est en mesure de s'adosser à une offre de soins hospitaliers. Or, dans la plupart des territoires déficitaires en offre de soins, l'isolement géographique a pour effet de limiter leur activité et, par conséquent, leurs ressources hospitalières. Par ailleurs, la fermeture d'un hôpital peut déstabiliser l'ensemble de l'offre de soins dans un territoire. C'est pourquoi le présent amendement vise à compenser ces contraintes, en prévoyant la prise en

charge des surcoûts liés à l'isolement des hôpitaux par des « MIGAC de continuité territoriale ».

M. le rapporteur. En dépit d'une bonne intention, celle de garantir la continuité territoriale, l'amendement proposé peut avoir un effet pervers, dans la mesure où une dotation supplémentaire risquerait d'être attribuée à des établissements de santé dont l'activité pourrait ne pas être d'un niveau suffisant. Or il apparaît aujourd'hui nécessaire d'engager la restructuration du secteur hospitalier, afin précisément de veiller à ce que les établissements de santé disposent de plateaux techniques performants et des professionnels, dont le nombre et le niveau d'activité sont suffisants.

M. Claude Leteurre. Cet amendement soulève une question très intéressante, dans la mesure où sur certains territoires, la disparition d'un petit hôpital peut entraîner de réelles difficultés pour le fonctionnement de la permanence des soins car les médecins libéraux ne voudront plus s'y installer. Il convient par ailleurs de souligner que les MIGAC sont rediscutées chaque année : il ne s'agit donc pas là d'une aide pérenne. Il n'en reste pas moins nécessaire de trouver les moyens permettant d'aider les établissements de santé, dont le maintien est nécessaire pour le territoire concerné.

M. Pierre Morange. Il convient tout à la fois de s'inspirer des conclusions de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, dont le rapport a été adopté à l'unanimité par la commission, et d'autre part, de garder présent à l'esprit que l'enfer peut être pavé de bonnes intentions, compte tenu du risque évoqué par le rapporteur. Ces deux approches ne sont toutefois pas nécessairement contradictoires. Le temps d'accessibilité aux structures hospitalières pourrait ainsi être intégré pour soutenir certaines petites structures. Enfin, il convient d'éviter tout laxisme budgétaire en la matière. Dès lors, la rédaction de l'amendement pourrait peut-être être améliorée afin de mieux relier ces deux approches.

M. Yves Bur. Il s'agit là d'un sujet difficile dans la mesure où, s'il apparaît nécessaire d'engager une politique de restructuration hospitalière, il reste impératif de maintenir certains hôpitaux locaux, dont le nombre est sans doute de l'ordre d'une quarantaine, pour des raisons de santé publique et d'accès aux soins – le risque étant que ce dispositif spécifique puisse bénéficier à de nombreux établissements, pour lesquels cela ne serait pas justifié. J'observe à cet égard que l'amendement fixe des critères intéressants. Au surplus, dès lors qu'il soulève une question importante pour les territoires dans lesquels il n'existe pas d'alternative crédible en termes d'offre de soins si l'hôpital disparaît, cet amendement mérite d'être soutenu, quitte à en faire évoluer ultérieurement la rédaction.

Mme Catherine Génisson. Cet amendement soulève en effet une vraie question, qui devrait être débattue en séance publique. Un point me préoccupe toutefois : comment les établissements de santé géographiquement isolés, qui vont être en grande difficulté, vont pouvoir faire face aux exigences de qualité des

soins ? Se pose du même coup la question de leurs relations au sein des communautés hospitalières de territoire.

Mme Jacqueline Fraysse. Je suis très sensible à la question du maillage hospitalier pour des territoires très isolés dont la situation justifie des mesures particulières afin de garantir l'accès aux soins, qui doivent être aussi de qualité ce qui nécessite des moyens ! Cet amendement a donc le mérite de soulever une question qui doit être traitée.

M. Jacques Domergue. Je comprends tout à fait l'esprit de l'amendement, mais dans cette structure de soins, aura-t-on la possibilité d'avoir des médecins ? Il reviendra par ailleurs aux agences régionales de santé (ARS) de définir les structures viables, en s'assurant qu'il y a bien les professionnels nécessaires en leur sein. Il ne faudrait pas, dans le cas contraire, valider le maintien de structures de soins, dans lesquelles les professionnels n'auraient pas la compétence suffisante.

M. Bernard Debré. S'il apparaît nécessaire de maintenir certains petits hôpitaux pour des raisons de santé et d'aménagement du territoire, il convient de faire en sorte qu'ils aient les moyens nécessaires pour poursuivre leur activité. Il conviendrait aussi de mener une réflexion globale sur l'aménagement du territoire, et non pas secteur par secteur comme cela a été fait dans le domaine judiciaire ou pour la défense. Il ne faudrait pas non plus qu'il y ait une médecine à deux vitesses. L'amendement peut être intéressant mais il faudrait sans doute aller plus loin et préciser quels hôpitaux doivent être maintenus, quels sont ceux qu'il faut faire évoluer, mais peut-être est-ce là le rôle des ARS.

M. Gérard Bapt. En l'absence d'un accueil de proximité hospitalier, il n'y aura sans doute pas non plus d'offre de médecine généraliste de premier recours.

M. Marc Bernier. Selon M. Vigneron, qui a été auditionné par la mission d'information sur l'offre de soins, trente à quarante établissements pourraient être concernés. Afin de mieux garantir la continuité territoriale et compte tenu des observations qui viennent d'être formulées, la rédaction de l'amendement pourrait être améliorée, concernant notamment la question de l'accessibilité et les mécanismes de compensation.

M. le rapporteur. On semble être là au cœur du sujet. D'ici l'examen en séance publique du projet de loi, ce dispositif pourrait en effet être amélioré, étant précisé que cette question relève plutôt du titre II du projet de loi relatif à l'accès de tous à des soins de qualité, dans la mesure où il incombera au directeur général de l'ARS de préparer le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS).

M. Yves Bur. Certes, les ARS auront tout loisir d'intervenir dans ce domaine, encore faut-il qu'elles aient les outils réglementaires nécessaires pour le faire ! Cet amendement important mérite d'être débattu.

M. le président Pierre Méhaignerie. J'ai personnellement vécu les inquiétudes, suscitées par l'affaire de l'hôpital de Carhaix qui a finalement dû, faute de professionnels, fusionner avec Brest. Par ailleurs, la tarification à l'activité (T2A) peut étouffer certains hôpitaux. Il convient donc de trouver un équilibre au cas par cas entre la sécurité médicale et la proximité des soins. On ne peut pas échapper à ce débat de fond.

M. Marcel Rogemont. Il convient en effet de prêter attention à la situation particulière de certains hôpitaux, mais la question ne peut être traitée que dans le cadre d'un SROS.

M. le président Pierre Méhaignerie. Cet amendement pourrait être réexaminé par la commission au titre de l'article 88 du Règlement intérieur.

M. Jean-Luc Prél. Si elle permet de progresser en termes de mutualisation des moyens, la création de communautés hospitalières de territoire pourrait peut-être permettre de résoudre ce problème.

M. le président Pierre Méhaignerie. Il y a de ce point de vue des situations très différentes au niveau local, selon par exemple que des petits hôpitaux se trouvent ou non autour d'un centre hospitalo-universitaire (CHU).

M. Bernard Debré. Précisément, les petits hôpitaux se situant autour d'un CHU n'ont peut-être pas de raison d'être. Plutôt que ces derniers, j'évoquais tout à l'heure les hôpitaux situés dans des zones défavorisées, géographiquement éloignées, par exemple en montagne.

L'amendement est retiré.

La Commission adopte deux amendements rédactionnels du rapporteur, à l'alinéa 44 de l'article.

La Commission examine un amendement de M. Dominique Tian proposant de supprimer à l'alinéa 47 de l'article les mots « le cas échéant ».

M. Dominique Tian. Cet amendement vise à faire en sorte que les signataires des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens bénéficient, puisqu'ils participent à des missions de service public, d'une compensation financière couvrant les frais correspondant à l'attribution de ces missions.

M. le rapporteur. Je suis défavorable à cet amendement pour des raisons formelles : en effet, l'alinéa 47 porte sur un tout autre sujet, à savoir celui de la révision des contrats d'exercice. Je propose donc à M. Tian de le retirer.

M. Dominique Tian. Je retire l'amendement.

L'amendement est retiré.

*La Commission **adopte** un amendement rédactionnel du rapporteur à l'alinéa 47 de l'article.*

La Commission examine plusieurs amendements soumis à une discussion commune :

– trois amendements identiques présentés respectivement par M. Guy Lefrand, M. Dominique Tian et M. Jean-Luc Préel, visant à prévoir que le praticien ne peut refuser la révision du contrat le liant à un établissement exerçant une mission de service public, ni résilier ledit contrat pour un motif lié à la participation de l'établissement à une mission de service public ;

– un amendement présenté par M. Claude Leteurtre prévoyant que, si dans le délai de six mois prévu par l'article pour réviser les contrats d'exercice, un avenant n'a pas été signé, il appartient à l'établissement de santé de procéder à la rupture du contrat ;

– un amendement présenté par M. Yves Bur prévoyant que la rupture du contrat qui interviendrait suite au refus d'un médecin de renégocier les conditions de son contrat d'exercice signé avec un établissement assumant des missions de service public ne peut être mise à la charge de l'établissement.

M. Guy Lefrand. Le débat sur le projet de loi souligne la nécessité d'assurer une offre de soins égale sur tout le territoire. Pour s'en assurer, entre autres mesures, il convient de veiller à ce que les praticiens liés par un contrat d'exercice aux cliniques participant aux missions de service public ne puissent refuser une révision de ce contrat lorsque celle-ci est liée à l'exercice de ces mêmes missions.

M. le rapporteur. Ces différents amendements répondent à une préoccupation commune.

Ils visent à modifier l'alinéa 47 de cet article qui prévoit que le refus par le praticien de réviser son contrat en constitue un motif de rupture.

De fait, cet article propose d'instituer un cas de rupture sans faute, qui ne soit ni du fait du médecin ni du fait de l'établissement. À l'inverse, certains amendements présentés visent à préciser que lorsque la rupture est envisagée, elle est le fait soit du médecin soit de l'établissement.

Ces propositions soulèvent donc d'importants problèmes juridiques. Le rapport Larcher sur la réforme de l'hôpital a insisté sur la nécessité de « sécuriser » sur le plan juridique la renégociation des contrats passés entre les cliniques et leurs praticiens libéraux.

Dans ces conditions, j'ai demandé au ministère de regarder de près cette question pour qu'il fournisse tous les éléments permettant d'offrir aux praticiens la

sécurité juridique à laquelle ils ont droit. C'est pourquoi je vous propose de retirer ces amendements en attendant cette expertise juridique.

M. Jean-Luc Prével. Ces amendements n'ont pas tous le même objet. Ainsi, celui que je présente tend à préciser que le praticien ne peut refuser une révision du contrat qui le lie à un établissement privé pour un motif lié à l'exercice par ce dernier de missions de service public qui lui ont été confiées.

M. Dominique Tian. Le rapport Larcher a souligné l'aspect essentiel de la sécurité juridique des contrats liant les praticiens aux établissements. De ce point de vue, la réponse du rapporteur n'est pas satisfaisante : en effet, il faut bien assurer cette sécurité d'une manière ou d'une autre !

M. le rapporteur. Ces amendements ne sont pas en effet strictement identiques. Ainsi, certains d'entre eux ont pour effet de permettre la modification du contrat sans prévoir ce que j'appellerai une « clause de conscience ». Le sujet étant éminemment complexe, il convient de disposer de tous les arguments juridiques permettant d'instituer un régime de rupture sans faute d'un côté ou de l'autre.

M. Bernard Debré. Ces amendements sont juridiquement fragiles. Nous avons donc besoin de l'avis juridique du ministère.

M. Jacques Domergue. Quelle est la nature des établissements concernés ? S'agit-il d'établissements publics ou privés ?

M. le rapporteur. Seuls les établissements privés sont concernés par le dispositif.

M. Jacques Domergue. Il faut faire attention à ne pas sacrifier un instrument contractuel qui permet de rapprocher la culture du secteur privé à celle du secteur public.

Mme Martine Billard. Il ne faut pas se tromper de problème. Nous débattons moins de la liberté contractuelle que d'un véritable sujet de santé publique. En effet, si les praticiens peuvent refuser de poursuivre leur contrat à cause des missions de service public acceptées par leur établissement, leur attitude peut mettre en cause la santé des Français !

M. Bernard Debré. Je vois que, sur le fond, nous sommes tous d'accord. Il ne faut pas jouer avec la loi ! Par ailleurs, il convient de s'assurer que la modification du contrat soit motivée par des raisons impérieuses, de service public.

À l'issue de ce débat, les auteurs de ces amendements les retirent.

La Commission examine un amendement du rapporteur et de plusieurs de ses collègues visant à qualifier d'établissements de santé privés d'intérêt collectif

les centres de lutte contre le cancer et les établissements de santé privés gérés par des organismes sans but lucratif.

M. le rapporteur. Je rappelle que les établissements de santé qui s'engagent à respecter, dans l'exercice de toutes leurs missions, les garanties pour le patient attachées spécifiquement aux missions de service public, de la même manière qu'un établissement de santé, peuvent se voir reconnaître le statut d'établissement de santé d'intérêt collectif.

Dans ce cadre, ces amendements prévoient que les établissements de santé privés gérés par des organismes sans but lucratif peuvent, jusqu'à la signature de leur prochain contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, recevoir la qualité d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) sur simple déclaration à l'agence régionale de santé.

M. Yves Bur. La proposition du rapporteur est très intéressante. Elle a pour conséquence de faire évoluer les établissements participant au service public hospitalier (PSPH) vers un secteur ESPIC. À cette occasion, il faut adopter un cadre rigoureux pour s'assurer que les établissements de santé concernés ne peuvent exercer des missions d'intérêt général que si certains critères sont respectés.

M. Jean-Luc Prével. Je suis d'accord avec la possibilité prévue par le rapporteur. Dans le même temps, je pense qu'il est dommage que le projet de loi laisse quelque peu de côté les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH) alors même qu'ils sont l'ossature des futurs ESPIC. Ce paradoxe montre à quel point il est important de ne pas oublier les établissements PSPH. En outre, je rappelle que le rapport de notre collègue René Couaneau a estimé que les établissements de santé « modèles » sont ceux participant au secteur public hospitalier.

Mme Catherine Génisson. Le groupe socialiste votera en faveur de ces amendements, qui par ailleurs rejoignent les excellentes préconisations de notre collègue Couaneau.

La Commission adopte l'amendement du rapporteur.

La Commission examine ensuite plusieurs amendements de M. Jean-Luc Prével concernant les commissions médicales d'établissement :

– un amendement tendant à préciser que dans les établissements privés de santé, la commission médicale d'établissement prépare et vote le projet médical de l'établissement ;

– un amendement tendant à préciser que dans les établissements privés de santé, la commission médicale d'établissement donne un avis sur le budget de l'établissement ;

– un amendement tendant à préciser que dans les établissements privés de santé, la commission médicale d'établissement donne un avis sur les admissions des praticiens avant la signature du contrat du praticien ;

– un amendement tendant à préciser que dans les établissements privés de santé, le président de la commission médicale d'établissement est membre de droit du conseil d'administration.

M. Jean-Luc Prével. Ces amendements renforcent le rôle et les pouvoirs de la commission médicale d'établissement (CME) afin d'établir un certain parallélisme entre les établissements publics et privés. Par ailleurs, en armant ainsi la CME, qui est actuellement le maillon faible des établissements de santé, on pourra protéger ces derniers contre les stratégies prédatrices des groupes financiers qui rachètent des cliniques.

M. le rapporteur. Je ne suis pas favorable à ces amendements, car l'objectif qu'ils poursuivent n'a pas de lien avec le contenu de l'alinéa 49 de l'article. Il serait plus opportun de prévoir une telle modification à l'article 2.

Mme Catherine Génisson. Autant je suis d'accord avec l'argumentation du rapporteur sur la forme, autant je considère que ces amendements soulèvent de réelles questions de fond.

La dénomination « établissement privé de santé » recouvre des structures aussi différentes que des établissements mutualistes, des établissements relevant d'une gestion familiale et des établissements rachetés par des investisseurs. Or, si l'on confie de nouveaux pouvoirs à la CME, cela conduira à confier à ces établissements des responsabilités qu'ils ne pourront pas assumer. En particulier, ces établissements sont soumis à d'importantes contraintes budgétaires qui de fait s'apparentent à un véritable « emprisonnement budgétaire ». L'amendement aborde un vrai sujet qui correspond à un constat établi par le rapport Larcher, mais il y répond mal.

M. Bernard Debré. L'amendement est trop général ; il vaudrait mieux indiquer que les établissements privés doivent définir clairement leur projet et que la CME, si elle existe, puisse donner son avis.

M. Claude Leteur. Au vu du comportement des grands groupes, il est nécessaire de protéger ou de renforcer les moyens dont disposent les établissements privés de santé pour se protéger. À cet égard, le renforcement des pouvoirs de la CME constitue une piste intéressante, car elle permet d'instituer un contre-pouvoir contre les stratégies des groupes financiers.

M. Jean-Luc Prével. Je ne comprends pas l'argumentation développée par le rapporteur. Il me semble qu'il est pertinent d'insérer un alinéa après l'alinéa 49 concernant les CME. Par ailleurs, il y a déjà une CME dans chaque établissement privé de santé, mais cette commission n'a pas de pouvoirs. Or, il me semble utile

de renforcer le pouvoir d'expression de la communauté médicale au sein de ces établissements.

M. Jacques Domergue. Nous avons tous été sollicités par les présidents de CME. On sait que certains professionnels ont été confrontés à des abandons d'activité par leur établissement sans même en avoir été informés.

M. Dominique Tian. Il me semble quelque peu paradoxal de vouloir sanctionner le praticien qui refuse de réviser son contrat et de s'interdire de renforcer les pouvoirs des CME.

M. le rapporteur. J'invite l'auteur de ces amendements à les retirer, car ils trouveront davantage leur place à l'article 2.

M. Bernard Debré. Le texte que nous examinons donne des pouvoirs importants aux directeurs d'hôpitaux et la CME n'a qu'un avis consultatif dans les hôpitaux publics. Pourquoi dès lors vouloir dans le même temps renforcer la CME dans les établissements privés où le pouvoir du corps médical reste très important ?

M. Gérard Bapt. Ce texte retirant des prérogatives aux CME dans les hôpitaux publics, j'espère pouvoir rejoindre la majorité sur des amendements qui permettront de lui en redonner !

M. Jean-Luc Prével retire les amendements.

La Commission examine un amendement de M. Rémi Delatte tendant à supprimer les alinéas 58 à 63 de l'article.

M. Rémi Delatte. Je propose de supprimer ces alinéas, car ils devraient plutôt figurer dans le titre II consacré à l'accès de tous à des soins de qualité car ils traitent des centres de santé.

M. le rapporteur. J'émet un avis défavorable à cet amendement, car les établissements de santé peuvent aussi créer des centres de santé.

M. Rémi Delatte retire cet amendement.

La Commission examine trois amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse soumis à une discussion commune :

– le premier réécrivant les dispositions relatives aux missions des centres de santé et précisant que ces structures, quel que soit leur gestionnaire, doivent poursuivre un but non lucratif ;

– le deuxième visant à maintenir l'instance nationale présidée par le ministre chargé de la santé et regroupant les représentants de l'Etat, des caisses nationales d'assurance maladie, des gestionnaires et des professionnels soignants

des centres de santé permettant une concertation sur les dispositions réglementaires pouvant concerner les centres de santé ;

– le troisième proposant le remplacement de l'instance nationale de concertation des centres de santé par une instance similaire intégrant les maisons pluridisciplinaires de santé.

Mme Jacqueline Fraysse. Ces trois amendements concernent les centres de santé. Le premier définit de manière précise leurs missions, le second permet de conserver l'instance de concertation sur les centres de santé que l'article prévoit de supprimer et le troisième, qui constitue un amendement de repli, propose de remplacer l'instance actuelle par une nouvelle structure incluant les maisons pluridisciplinaires de santé.

Je rappelle que les centres de santé jouent un rôle très important pour nos territoires, car ils constituent des services de proximité, en contact avec les particuliers, notamment ceux des catégories modestes. Ces centres devraient être multipliés, car ce sont des structures peu coûteuses et efficaces.

M. le rapporteur. J'émet un avis défavorable sur ces trois amendements.

En ce qui concerne le premier d'entre eux, il soulève de sérieuses difficultés car d'ores et déjà tout le monde peut créer des centres de santé. Cette proposition est en outre susceptible de créer un risque de contentieux européen en instituant une inégalité de traitement entre les établissements de santé et les centres de santé.

En ce qui concerne le deuxième amendement, je vous rappelle que l'instance nationale que vous évoquez ne s'est jamais réunie. En outre, les centres de santé appartiendront aux conférences régionales de santé et aux conférences sanitaires de territoire. Organes où elles pourront désormais largement s'exprimer. Quant au troisième amendement, j'y suis également défavorable. En effet, il est inutile de créer une nouvelle instance, alors même que celle qui existe n'a jamais rempli ses fonctions.

M. Jacques Domergue. J'estime que nous devons nous accorder sur une terminologie unique afin de préciser ce que Mme Fraysse nomme les centres de santé. Nous parlons indifféremment de « pôle de santé » ou de « centres de santé », ce qui ne facilite pas la compréhension.

La commission rejette les trois amendements.

La commission adopte un amendement de coordination du rapporteur.

La Commission examine un amendement présenté par M. Jean-Luc Préel visant à permettre aux établissements de santé privés qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier au moment de la

promulgation de la loi de continuer d'exercer leurs missions dans les mêmes conditions jusqu'au terme de leur contrat.

M. le rapporteur. Je suis défavorable à cet amendement car l'objectif qu'il poursuit figure déjà dans un amendement que nous avons tous signé. Par ailleurs, la possibilité pour ces établissements de s'opposer expressément à leur intégration à un service de santé privé d'intérêt collectif auprès d'une agence régionale de santé (ARS) sera introduite par un amendement que nous examinerons très prochainement.

M. Jean-Luc Prél retire son amendement.

*La commission **adopte** deux amendements du rapporteur : le premier de nature rédactionnelle, le second garantissant que les établissements de santé privés qui participent à l'exécution du service public hospitalier ne pourront se voir imposer de renoncer à exercer les missions prévues par leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avant la fin du processus de convergence intersectorielle.*

*La commission **adopte** un amendement du rapporteur prévoyant que les établissements de santé privés participant à l'exécution du service public hospitalier deviennent automatiquement des établissements de santé privés d'intérêt collectif sans qu'il soit nécessaire pour eux de faire une déclaration à l'agence régionale de santé (ARS).*

*La commission **adopte** sept amendements rédactionnels du rapporteur.*

La Commission examine deux amendements présentés par Mme Cécile Gallez, le premier proposant de donner un support juridique à l'expérimentation de nouvelles modalités de gestion des centres d'hébergement temporaires médicalisés pour personnes âgées, le second visant à faciliter l'accès à la TVA à taux réduit et au prêt locatif social aux constructions d'établissements médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées.

*Le rapporteur ayant rappelé qu'il s'agit de dispositions de nature réglementaire, la commission **rejette** ces deux amendements.*

*La Commission **adopte** l'article 1^{er} ainsi modifié.*

Après l'article 1^{er}

La commission examine trois amendements identiques présentés respectivement par Mme Bérange Poletti, M. Guy Lefrand et M. Dominique Tian visant à permettre aux établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) de s'approvisionner en médicaments de la réserve hospitalière auprès des établissements de santé titulaires d'une pharmacie à usage intérieur.

M. Guy Lefrand. Il est nécessaire d'accorder cette possibilité aux établissements d'hospitalisation à domicile afin de faciliter leur développement.

M. le rapporteur. Ce sujet est très important. Cependant, je vous invite à cosigner un amendement présenté à l'article additionnel après l'article 13, dont la rédaction me semble plus satisfaisante.

Les amendements de Mme Bérange Poletti, M. Guy Lefrand et M. Dominique Tian sont retirés.

Article additionnel après l'article 1^{er}

Possibilité accordée aux établissements d'hospitalisation à domicile de s'approvisionner auprès de pharmacies d'officine

La commission examine trois amendements identiques présentés respectivement par Mme Bérange Poletti, M. Guy Lefrand et M. Dominique Tian prévoyant la possibilité pour les HAD de s'approvisionner auprès des pharmacies d'officine dans des conditions fixées par voie réglementaire.

M. le rapporteur. Je vous indique que ces trois amendements sont satisfaits par un amendement présenté après l'article 13.

M. Dominique Tian. La rédaction alternative que vous proposez est inacceptable.

Malgré l'avis défavorable du rapporteur, la commission adopte ces amendements.

Article additionnel après l'article 1^{er}

Reconnaissance de l'hospitalisation à domicile comme une forme d'hospitalisation

La commission examine cinq amendements identiques présentés par M. Rémi Delatte, M. Guy Lefrand, Mme Bérange Poletti, M. Dominique Tian et Mme Catherine Génisson visant à substituer aux termes « d'alternative à l'hospitalisation » ceux « d'hospitalisation à domicile ».

M. Rémi Delatte. L'HAD ne peut plus être considérée comme une alternative mais constitue une réelle modalité de soins. Elle contribue en effet à part entière à la couverture de l'offre de soins sur tout le territoire et à la prise en charge à domicile de malades nécessitant des soins lourds.

M. le rapporteur. Je suis gêné par cet amendement car le terme « d'alternative » renvoie également à d'autres modes d'hospitalisation comme les dialyses ou l'hospitalisation de jour.

M. Guy Lefrand. Il nous faut trouver une appellation moins péjorative pour la HAD, qui est une hospitalisation à part entière.

Mme Bérengère Poletti. Je partage le point de vue de mes collègues.

Mme Catherine Génisson. Je suis également très favorable à cette modification.

M. Yves Bur. Je suis très favorable à cet amendement. Cependant il faut prendre en compte les préoccupations du rapporteur et accorder une place dans le code de la santé publique aux alternatives à l'hospitalisation.

M. Gérard Bapt. Il ne faut pas exclure les alternatives à l'hospitalisation.

M. le rapporteur. Il faudrait dans ce cas distinguer à chaque fois l'hospitalisation en établissement, l'hospitalisation à domicile et enfin les alternatives à l'hospitalisation. Je ne voudrais pas que la loi soit bavarde.

M. le Président Pierre Méhaignerie. Il faudra y revenir dans le cadre de l'article 88.

La commission adopte ces amendements.

Article additionnel après l'article 1^{er}

Définition de l'appellation « hospitalisation à domicile »

La commission examine deux amendements identiques présentés respectivement par M. Guy Lefrand et Mme Bérengère Poletti, visant à réserver l'appellation HAD aux établissements répondant aux conditions prévues par l'article L. 6122-1 du code de la santé publique.

Mme Bérengère Poletti. Il s'agit grâce à cet amendement de labelliser le terme de HAD et d'éviter ainsi son utilisation abusive qui pourrait engendrer nombre de confusions pour les patients et un surcoût pour la collectivité.

La commission adopte ces amendements identiques.

Après l'article 1^{er}

La Commission est saisie de trois amendements identiques présentés respectivement par Mme Bérengère Poletti, M. Dominique Tian et M. Jean-Luc Prével ayant pour objet d'insérer un chapitre consacré aux établissements de santé privé d'intérêt collectif dans le titre VI du Livre 1^{er} de la Sixième partie du Code de la santé publique.

M. Dominique Tian. Il est nécessaire de préciser la place des établissements privés dans le dispositif du projet de loi.

À la demande du Président Pierre Méhaignerie, ces amendements sont retirés.

La commission examine un amendement présenté par M. Rémi Delatte visant à maintenir, à l'article L. 6164-1 du code de la santé publique aux côtés des établissements publics et privés à but lucratif, une entité juridique particulière intitulé « établissements de santé privés d'intérêt collectif ».

M. le rapporteur. L'objet de cet amendement est satisfait par l'amendement relatif aux ESPIC.

M. Rémi Delatte. Je retire donc l'amendement.

L'amendement est retiré.

La commission rejette un amendement présenté par M. Dominique Tian prévoyant d'inscrire la liste des missions de service public des futurs établissements de santé privés d'intérêt collectif dans le code de la santé publique.

Article 2

Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé

L'article 2 a pour objet de renforcer la qualité des soins et la gestion des risques dans les établissements de santé en rendant obligatoire l'organisation de la gestion des risques liés aux activités hospitalières tout en permettant une adaptation des obligations aux spécificités de certaines catégories d'établissements de santé. L'objectif est d'assouplir l'organisation interne des établissements en attribuant à la commission médicale (pour les établissements publics de santé) ou à la conférence médicale (pour les établissements de santé privés) d'établissement des objectifs de résultats et non pas de moyens.

● *Mission de qualité et de sécurité des soins de tous les établissements de santé*

Le I de l'article 2 rétablit avec une nouvelle rédaction l'article L. 6111-2 du code de la santé publique qui a été abrogé par le II de l'article 1^{er} (*cf. supra*). Il s'agit de rétablir dans le chapitre I^{er} (« Missions des établissements de santé ») du titre I^{er} (« Organisation des activités des établissements de santé ») du livre I^{er} (« Établissements de santé ») de la sixième partie (« Établissements et services de santé ») du code de la santé publique un article mentionnant le devoir des établissements de santé d'élaborer une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'une gestion des risques destinée à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités.

L'enjeu n'est pas négligeable dans la mesure où une étude nationale sur les événements indésirables graves (EIG) liés aux soins (ENEIS) conduite en 2004 sur un échantillon d'établissements de santé a permis d'estimer que chaque année

120 000 à 190 000 EIG surviennent pendant une hospitalisation et que 70 000 admissions en établissement de santé ont pour origine un EIG évitable. Le développement d'une démarche de gestion globale des risques dans les établissements de santé pour améliorer la sécurité des personnes et la sécurité des pratiques est donc un élément essentiel de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité du système de santé.

La nouvelle rédaction de l'article L. 6111-2 dispose que dans le cadre de cette politique de sécurité au sein des établissements de santé, ces derniers organisent la lutte contre les événements indésirables et les infections associés aux soins, définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux (**alinéa 3**).

● *Simplification du fonctionnement et suppression des sous-commissions des commissions médicales d'établissement (CME) des établissements publics*

Le **II** vise à procéder à une réécriture globale de l'article L. 6144-1 du chapitre IV (« *Organes représentatifs et expression des personnels* ») du titre IV (« *Établissements publics de santé* ») du livre I^{er} (« *Établissements de santé* ») de la sixième partie (« *Établissements et services de santé* ») du code de la santé publique.

Il s'agit, à la suite des observations du rapport d'avril 2008 de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par M. Gérard Larcher – qui soulignait l'extrême précision des dispositions législatives relatives à l'organisation interne des hôpitaux conduisant à un formalisme excessif et à un lourd impact en terme de procédures – de simplifier le cadre juridique de l'organisation interne des établissements de santé publics, et en l'espèce de la commission médicale d'établissement (CME), en privilégiant les objectifs par rapport aux structures.

Si la nouvelle rédaction de l'article L. 6144-1 conserve l'obligation pour chaque établissement public de santé de créer une commission médicale d'établissement (**alinéa 5**), son rôle est recentré sur sa contribution à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et sa mission de proposition au président du directoire d'un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi (**alinéa 6**), sachant qu'il appartient au président du directoire de décider in fine de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins aux termes de l'alinéa 9 de l'article 6 du projet de loi (*cf. infra*). Elle conserve par ailleurs une compétence consultative dans des matières et des conditions fixées par décret (**alinéa 7**).

Plus fondamentalement, est supprimée l'obligation de créer par le règlement intérieur de l'établissement au sein de la commission médicale d'établissement au moins une sous-commission spécialisée, en vue de participer par ses avis à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et

de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne le dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire des produits de santé, la lutte contre les infections nosocomiales, la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et l'organisation de la lutte contre les affections iatrogènes ainsi que la prise en charge de la douleur.

Dans le même esprit, le **III** supprime les deux derniers alinéas de l'article L. 5126-5 du chapitre VI (« *Pharmacies à usage intérieur* ») du titre II (« *Médicaments à usage humain* ») du livre I^{er} (« *Produits pharmaceutiques* ») de la cinquième partie (« *Produits de santé* ») du code de la santé publique qui prévoient, dans les établissements de santé, la mise en place d'une commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles participant, par ses avis, à la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ainsi qu'à la lutte contre les affections iatrogènes à l'intérieur de l'établissement, sauf dans le cas des établissements publics de santé où il existerait déjà une sous-commission de la commission médicale d'établissement chargée de la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et de l'organisation de la lutte contre les affections iatrogènes (**alinéa 8**).

Ces modifications apportent de la souplesse dans les organisations des établissements publics de santé au profit de la définition de programmes d'actions et d'indicateurs de suivi et permettent de passer à une logique de résultat et de gestion de projet.

• *Alignement du fonctionnement des conférences médicales des établissements de santé privés sur celui des commissions médicales d'établissement (CME) des établissements publics*

Le **IV** modifie l'article L. 6161-2 du chapitre I^{er} (« *Dispositions générales* ») du titre IV (« *Établissements publics de santé* ») du livre I^{er} (« *Établissements de santé* ») de la sixième partie (« *Établissements et services de santé* ») du code de la santé publique afin, d'une part, d'étendre à l'ensemble des établissements de santé privé (**alinéa 10**) la formation de plein droit d'une conférence médicale chargée de veiller à l'indépendance professionnelle des praticiens, de participer à l'évaluation des soins et de donner son avis sur la politique médicale de l'établissement ainsi que sur l'élaboration des prévisions annuelles d'activité de l'établissement.

Par ailleurs, le rôle de ces conférences médicales des établissements de santé privés est aligné sur celui des commissions médicales d'établissement (CME) des établissements publics puisque l'**alinéa 12** complète l'article L. 6161-2 afin de préciser que cette conférence médicale contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et qu'elle propose au représentant légal de l'établissement un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi.

Le **V (alinéa 13)** procède à une réécriture globale du premier alinéa de l'article L. 6113-8 du chapitre III (« *Évaluation, accréditation et analyse de l'activité des établissements* ») du titre I^{er} (« *Organisation des activités des établissements de santé* ») du livre I^{er} (« *Établissements de santé* ») de la sixième partie (« *Établissements et services de santé* ») du code de la santé publique relatif à l'obligation de transmission de données par les établissements de santé.

Il s'agit en premier lieu de tenir compte de réformes contenues dans le présent projet de loi : la transmission des données des établissements de santé a désormais pour destinataire les agences régionales de santé (qui se substituent aux agences régionales de l'hospitalisation) et cette transmission concerne désormais les informations qui sont nécessaires à l'élaboration du nouveau projet régional de santé.

L'obligation de transmission de données par les établissements de santé concerne un périmètre en grande partie inchangé (informations relatives à leurs moyens de fonctionnement, à leur activité, à leurs données sanitaires, démographiques et sociales, qui sont nécessaires à l'élaboration et à la révision du projet régional de santé, à la détermination de leurs ressources, à l'évaluation de la qualité des soins ainsi qu'au contrôle de leur activité de soins et de leur facturation) mais est toutefois étendue aux informations relatives à la veille et la vigilance sanitaire. L'objectif est notamment de donner une base légale à la demande formulée par le Président de la République, M. Nicolas Sarkozy, lors de son discours de Bletterans du 18 septembre 2008, pour que soit mis en place un dispositif rendant obligatoire la publication des taux de mortalité dans chaque établissement de santé, de façon à améliorer les soins prodigués dans les établissements.

Actuellement, les données relatives à la veille et à la vigilance sanitaire dans les établissements de santé, et notamment les données relatives à la mortalité, sont difficilement accessibles. Ainsi, si le palmarès des hôpitaux de 2006 du journal *Le Point* avait posé la question de la mortalité postopératoire dans quatre disciplines particulièrement exposées, les chirurgies cardiaque, thoracique, vasculaire et digestive, seules deux disciplines avaient répondu à cette demande de production chiffres.

En France, il n'est en effet pas encore fait obligation aux chirurgiens de donner des indicateurs de résultats tels que la mortalité postopératoire. Les établissements de santé sont seulement obligés de rendre publiques les données sur les infections nosocomiales. Jusqu'à présent, seules deux professions – les anesthésistes et les obstétriciens – ont décidé de communiquer leurs chiffres et ce de manière volontaire, à la suite de quoi elles ont toutes les deux diminué les taux de mortalité dans des proportions considérables.

Le **VI** a pour objet de modifier l'article L. 1151-1 du titre V (« *Prévention des risques liés à certaines activités diagnostiques et thérapeutiques* ») du livre I^{er} (« *Protection des personnes en matière de santé* ») de la première partie

(« *Protection générale de la santé* ») du code de la santé publique qui encadre l'utilisation de la pratique des actes, procédés, techniques et méthodes à visée diagnostique ou thérapeutique, ainsi que la prescription de certains dispositifs médicaux susceptibles de présenter, en l'état des connaissances médicales, des risques sérieux pour les patients.

Cet article, qui soumet l'utilisation de ces dispositifs médicaux et la réalisation des actes associés à des règles relatives à la formation et la qualification des professionnels pouvant les prescrire ou les mettre en œuvre, à des conditions techniques de leur réalisation et, le cas échéant, à des règles de bonne pratique, s'est révélé d'utilisation malaisée, car la liste des dispositifs médicaux et des actes doit actuellement être fixée par décret.

L'**alinéa 16** prévoit désormais que les règles d'encadrement seront fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la Haute autorité de santé. Par ailleurs, l'utilisation de ces dispositifs médicaux et la pratique de ces actes pourront désormais être limitées pendant une période donnée à des établissements de santé figurant sur une liste arrêtée, après avis de la Haute autorité de santé, par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, ou fixée par les agences régionales sur la base de critères définis dans les mêmes conditions (**alinéa 17**).

Cette modification permettra ainsi une application plus effective du dispositif actuel en subordonnant l'utilisation de ces dispositifs médicaux et la réalisation de certains actes associés au respect de dispositions préconisées par la Haute autorité de santé dans ses avis, en raison des risques particuliers qu'ils font courir aux patients, d'un environnement technique très spécifique qu'ils nécessitent ou du suivi des patients qu'ils imposent.

L'**alinéa 18** dispose que ce dispositif s'applique sans préjudice des dispositions relatives aux recherches biomédicales définies au titre II (« *Recherches biomédicales* ») du livre Ier (« *Protection des personnes en matière de santé* ») de la première partie (« *Protection générale de la santé* ») du code de la santé publique, et à celles relatives aux autorisations, aux conditions d'implantation de certaines activités de soins et aux conditions techniques de fonctionnement définies aux chapitres II (« *Autorisations* »), III (« *Conditions d'implantation de certaines activités de soins et des équipements matériels lourds* ») et IV (« *Conditions techniques de fonctionnement* ») du titre II (« *Équipement sanitaire* ») du livre Ier (« *Établissements de santé* ») de la sixième partie (« *Établissements et services de santé* ») du code de la santé publique.

Il s'agit d'articuler les nouvelles dispositions relatives à l'utilisation des dispositifs médicaux et la pratique des actes associés prévues aux alinéas 16 et 17 avec les dispositions existantes relatives aux recherches biomédicales et avec celles relatives au régime d'autorisation des activités de soins, les nouvelles règles étant sans incidence sur les règles existantes.

Le **VII** supprime le dernier alinéa de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale qui ne prévoit un encadrement des dispositifs médicaux à usage individuel que pour ceux qui bénéficient d'un remboursement par l'assurance maladie. Ces dispositifs seront soumis au cadre général fixé par l'article L. 1151-1 du code de la santé publique. Il s'agit en effet de lier la demande d'encadrement à un besoin de santé publique et non pas uniquement à un besoin d'encadrement financier comme le prévoit actuellement le dernier alinéa de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, qui est abrogé en conséquence.

*

La Commission adopte deux amendements rédactionnels du rapporteur.

La Commission examine ensuite l'amendement de Mme Catherine Génisson visant à remplacer à l'alinéa 6 de l'article 2 les mots « contribue à l'élaboration » par le mot « élabore ».

Mme Catherine Génisson. Je ne souhaite pas entamer ici un débat stérile sur l'opposition entre le pouvoir administratif et le pouvoir médical dans les établissements hospitaliers. Néanmoins, on ne peut pas concevoir un établissement hospitalier sans que la communauté médicale n'élabore le projet médical. L'article 2 n'est pas un article anodin : il induit une confusion entre le projet médical et le projet d'établissement, qui relève de la responsabilité de la communauté médicale. Cet amendement est fondamental.

M. le rapporteur. Je suis défavorable à cet amendement. En effet, l'intérêt de la loi est d'établir un équilibre des rapports entre les managers de l'établissement et l'équipe médicale. Cet équilibre doit être réalisé au niveau du directoire, où les médecins seront majoritaires et grâce au tandem formé par le président de la CME, qui en est le vice-président, et le directeur de l'hôpital, qui en est le président. Ce tandem est la clé de voûte du management des établissements hospitaliers. Tout le monde doit contribuer à l'élaboration de la politique générale de l'établissement sans qu'il y ait de blocages. Il s'agit de donner un patron à l'hôpital.

M. Jean-Luc Prével. La mission des établissements de santé aujourd'hui me paraît être d'apporter une réponse aux besoins de la population par le projet médical, qui doit donc relever de la communauté médicale et être préparé par la CME, si l'on veut que le système fonctionne correctement. D'autant plus que la loi n'a pas qu'un but financier, contrairement aux reproches que l'on entend ; les besoins de santé de la population doivent donc être pris en compte par le projet médical.

Mme Catherine Génisson. Ce débat central resurgira dans l'hémicycle. Je suis d'accord avec les remarques de M. Jean-Luc Prével. Je pense qu'il existe une confusion entre le projet médical qui relève de la compétence de la CME et le projet d'établissement. Le projet médical doit être élaboré en fonction des besoins de la population et non selon une gestion comptable de dispense de soins. Il ne

s'agit pas d'un débat corporatiste mais d'une question d'efficacité : le directeur d'hôpital, tout puissant dans son établissement, est en réalité un colosse aux pieds d'argile face au pouvoir du directeur de l'ARS. Le risque réside dans la prééminence de la logique de gestion sur le projet médical, si le directeur en a la responsabilité pleine et entière.

M. Claude Leteurtre. De nombreux médecins hospitaliers sont opposés à la réforme et ne pas reconnaître le rôle de la CME dans l'élaboration du projet médical est dévalorisant pour les médecins. Le fait de laisser à l'article 2 le terme « contribuer » constitue une maladresse inutile.

M. Dominique Tian. Je remarque que l'on a reporté l'examen de certains amendements de M. Préel, qui seront présentés lors de la réunion de l'article 88 du Règlement, et qui prévoient que la CME « coopérerait » les nouveaux médecins de l'établissement. Donner alors plus de pouvoir à la CME, pour que les médecins se « cooptent » entre eux, me paraît une catastrophe.

M. Gérard Bapt. Sur ce point, sans aller jusqu'à la cooptation, la CME pourrait donner un avis avant le recrutement de tout médecin. Cela étant, il existe un projet médical et un projet d'établissement. La CME élabore le projet médical mais c'est le directeur qui l'arrête et la CME ne peut pas donner son avis sur les objectifs du directeur. Le tandem entre le président de la CME et le directeur d'hôpital, évoqué par le rapporteur, n'en est pas vraiment un. Au cours des auditions, le président de la Fédération nationale des CME des centres hospitaliers, M. Fellingier, a expliqué que ce tandem était déséquilibré. Par exemple, jusqu'à aujourd'hui, le président de la CME cosignait les nominations des chefs de pôle mais demain seul le directeur d'hôpital aura ce pouvoir. Cette logique dirigiste trouble de nombreux médecins hospitaliers.

Mme Catherine Génisson. Lorsque l'on examine la situation des hôpitaux publics, l'on pense souvent aux problèmes financiers et l'on entend des plaintes au sujet d'une bureaucratisation excessive du fonctionnement des hôpitaux publics qui expliquerait leur moindre attractivité pour les médecins. Or avec l'évolution de la démographie médicale, les difficultés seront aggravées si l'on ajoute de nouvelles contraintes. Les jeunes médecins sont fatigués de ne pas pouvoir se consacrer à leur activité mais de passer leur temps à rendre des comptes. L'avenir des hôpitaux publics est en jeu.

M. le rapporteur. Je comprends votre inquiétude mais l'article 6 du projet de loi dispose en son alinéa 24 que « *le président de la commission médicale d'établissement est le vice-président du directoire. Il prépare, en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens, le projet médical de l'établissement* », puis en son alinéa 25 que « *le directoire prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet médical. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement* ». Ces dispositions permettent de bénéficier à la fois de l'autorité du directeur et du conseil médical du président de

la CME. Alléger la bureaucratie hospitalière est un objectif que le projet de loi suit en réduisant le nombre de membres du directoire.

M. Jean-Luc Prél. Les médecins hospitaliers sont inquiets au sujet de ce projet de loi, l'ensemble des syndicats des praticiens hospitaliers appelle à la grève pour demander le retrait du texte. Substituer le terme « élaborer » au terme « contribuer » constituerait un signe positif à leur endroit. Par ailleurs, je suis défavorable à l'article 6 de ce projet de loi car le projet médical doit être défini en fonction des besoins de la population et non pas élaboré à partir du contrat d'objectif et de moyens.

Mme Catherine Génisson. Il est inscrit à l'article 6 que le président du directoire arrête le projet médical. Il est donc normal que ce soit la CME qui élabore ce projet.

M. le rapporteur. Je maintiens un avis défavorable à cet amendement car l'équilibre entre le directeur de l'hôpital et le président de la CME constitue un élément très important de ce projet de loi. Lors des auditions, les praticiens ont souligné les difficultés existantes. Cependant, si le tandem entre le président de la CME et le directeur d'hôpital fonctionne, la bonne marche de l'établissement est assurée. Au sujet du président de la Fédération nationale des CME des centres hospitaliers, M. Fellingner, sa position semble avoir évolué depuis son audition.

M. le président Pierre Méhaignerie. On peut être d'accord avec la loi tout en ayant des positions quelque peu différentes.

La Commission rejette l'amendement.

La Commission est saisie d'un amendement de Mme Catherine Génisson visant à ce que la commission médicale d'établissement (CME) contribue également à l'élaboration de la politique d'amélioration continue des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment pour les urgences.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La contribution de la CME est effectivement souhaitable sur ce sujet, même s'il revient finalement au directeur de décider, après consultation du directoire, des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers aux termes de l'alinéa 9 de l'article 6.

La Commission adopte cet amendement.

Elle est ensuite saisie d'un amendement du rapporteur visant à rendre obligatoire la mise à disposition du public des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Mme Catherine Génisson. La mise à disposition des indicateurs est en effet indispensable pour créer la transparence autour des établissements hospitaliers. Elle n'est d'ailleurs pas suffisante : pour être parfaitement utile, elle doit être accompagnée d'une large information du public.

M. le rapporteur. Les indicateurs seront également très utiles au médecin traitant.

La Commission adopte cet amendement.

Elle adopte également l'amendement suivant du rapporteur qui vise à mieux articuler le travail de la CME et celui de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), présente dans chaque établissement de santé public ou privé.

La Commission examine ensuite un amendement de M. Dominique Tian visant à s'assurer que la conférence médicale des établissements de santé soit consultée avant la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) et à propos de tout contrat ou avenant prévoyant l'exercice par l'établissement d'une ou plusieurs missions de service public.

M. le rapporteur. J'y suis favorable, sous réserve d'une correction matérielle visant à rajouter le verbe « est » qui manque à la deuxième ligne.

La Commission adopte l'amendement ainsi rectifié.

Puis, elle adopte un amendement du rapporteur visant à imposer aux établissements de santé privés de mettre les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins à la disposition du public dans les mêmes conditions que pour les établissements publics.

La Commission est saisie d'un amendement de M. Yves Bur prévoyant que, comme la CME, la conférence médicale des établissements de santé privés puisse être consultée dans des matières et des conditions fixées par décret.

M. le rapporteur. Cette disposition pourrait apparaître comme une immixtion de l'État dans l'organisation des établissements privés. Il y aurait également un risque de voir demander des compensations financières pour la participation des médecins à la conférence médicale.

M. Yves Bur. Il est important de permettre aux professionnels de la santé de donner leur avis.

M. Jean-Luc Prél. Il faut établir un parallélisme entre les établissements publics et les établissements privés – qui sont au final financés par le contribuable.

Mme Catherine Génisson. Ce n'est pas seulement une question de parallélisme : cela constituerait un garde-fou. Les établissements privés, surtout ceux qui sont soutenus par de grands fonds d'investissement privés, doivent garder leur projet médical au cœur de leur fonctionnement.

M. le rapporteur. Tous ces arguments sont intéressants et, en définitive, je suis plutôt favorable à cet amendement, mais il est clair que nous ne devons pas intervenir excessivement dans la gouvernance des établissements privés.

*La Commission **adopte** cet amendement.*

*Elle **adopte** ensuite un amendement de précision rédactionnelle du rapporteur.*

*Puis, la Commission **adopte** l'article 2 ainsi modifié.*

Après l'article 2

La Commission examine un amendement de Mme Catherine Génisson tendant à instaurer une cotisation obligatoire auprès des établissements, afin de financer la formation médicale continue, la gestion et la mutualisation de cette contribution étant confiées à un organisme paritaire agréé par l'État.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Non seulement cette disposition est de nature réglementaire, mais le taux maximal proposé de 0,10 % est trop bas pour être utile.

*La Commission **rejette** cet amendement.*

*Après l'avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** un autre amendement de Mme Catherine Génisson visant à ce que les fédérations représentant les établissements de santé soient associées à la fixation des forfaits d'imagerie médicale.*

Article additionnel après l'article 2

Prise en compte des surcoûts liés à la prise en charge des personnes obèses dans la tarification à l'activité

La Commission examine ensuite un amendement de Mme Valérie Boyer prévoyant la prise en compte dans les tarifs hospitaliers des surcoûts liés à la prise en charge de personnes obèses.

M. le rapporteur. Avis défavorable. L'obésité sera considérée comme un facteur de sévérité et prise en compte à ce titre dans la prochaine campagne tarifaire à compter du 1^{er} mars 2009.

Mme Valérie Boyer. Il semblerait qu'on veuille prendre en compte l'obésité sévère dans l'enveloppe MIGAC (missions d'intérêt général et aide à la contractualisation). L'obésité est liée à la personne et doit donc être prise en considération dans les tarifs. Or la nouvelle version V11 ne le permet pas.

Mme Catherine Génisson. Il s'agit d'un élément qui doit être pris en compte dans la tarification à l'activité.

M. le rapporteur. Il le sera dans la V11.

*La Commission **adopte** cet amendement.*

Après l'article 2

La Commission examine un amendement de Mme Valérie Boyer visant à prendre en compte, s'agissant du matériel d'établissements hospitaliers, les surcoûts liés à la prise en charge de personnes obèses.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Il n'est pas envisageable de créer une MIGAC spécifique pour chaque pathologie.

La Commission **rejette** cet amendement.

Article 3

Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

L'article 3 a pour objet de toiletter les dispositions du Chapitre IV (« *Contrats pluriannuels conclus par les agences régionales de l'hospitalisation* ») du titre I^{er} (« *Organisation des activités des établissements de santé* ») du livre I^{er} (« *Établissements de santé* ») de la sixième partie (« *Établissements et services de santé* ») du code de la santé publique.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est le vecteur privilégié de la mise en œuvre, par les établissements de santé et autres titulaires de l'autorisation d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds, du projet régional de santé. Il est également le vecteur d'attribution des missions de service aux établissements de santé et constitue, pour les agences régionales de santé, un outil de définition et de suivi des engagements des établissements de santé en matière de qualité et de sécurité des soins.

L'article 3 actualise ainsi les dispositions relatives au CPOM afin de les mettre en cohérence avec d'autres dispositions du présent projet de loi, notamment celles qui définissent les missions de service public susceptibles d'être assurées par les établissements de santé, et allège la partie législative du code de dispositions qui relèvent du niveau réglementaire.

Le **I** vise à renommer l'intitulé du chapitre « *Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens* » afin de tenir compte de la disparition des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et de mieux mettre en évidence le fait que ces contrats seront pour les nouvelles ARS un moyen privilégié pour définir les engagements et les moyens des signataires.

Le **II** modifie l'article L. 6114-1.

Le 1^o du II (**alinéa 5**) détaille les acteurs avec lesquels l'agence régionale de la santé conclut un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, qui sont de manière inchangée les établissements de santé et les titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1, c'est-à-dire les titulaires d'une autorisation pour des activités de soins ou des équipements matériels lourds. Les groupements de

coopération sanitaire (GCS) ne sont plus mentionnés en tant que tel mais ils demeurent néanmoins inclus dans la catégorie de ceux qui doivent conclure un CPOM avec l'ARS puisque l'article 13 dispose qu'un GCS est tenu de conclure un CPOM avec l'ARS lorsqu'il est autorisé à exercer une ou plusieurs activités de soins ou lorsqu'il bénéficie du dotation MIGAC (*cf. infra* à l'article 13).

Le CPOM continue d'avoir une durée maximale de cinq ans mais, lorsqu'il contient des obligations relatives à une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article 1^{er}, la durée du CPOM est automatiquement de cinq ans, de manière à s'assurer de la réalisation effective du principe de la continuité du service public.

Le 2° du I (**alinéa 6**) supprime deux dispositions relatives aux modalités de conclusion des CPOM dans les établissements publics de santé, qui sont désormais précisées à l'article 6 du présent projet de loi (conclusion par le président du directoire après consultation des autres membres du directoire – *cf. infra*) et aux demandes de renouvellement des contrats.

Le 3° du I (**alinéa 7**) réécrit les conditions dans lesquels le CPOM peut être résilié avant son terme par l'ARS, et non plus par l'ARH, en cas de manquement de l'établissement de santé ou du titulaire de l'autorisation à ses obligations contractuelles. La possibilité de suspendre le contrat n'est plus mentionnée.

Le 4° (**alinéa 8**) supprime des dispositions qui présentent un caractère plus réglementaire que législatif et n'ont pas à ce titre à figurer dans la loi (fixation dans les contrats des éléments nécessaires à leur mise en œuvre, du calendrier d'exécution et des indicateurs de suivi et de résultats nécessaires à leur évaluation périodique, rédaction d'un rapport annuel d'étape ainsi qu'un rapport final).

Le 5° (**alinéa 10**) complète les dispositions relatives aux pénalités applicables en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements conclus en prévoyant que ces pénalités financières sont proportionnées à la gravité du manquement constaté et ne peuvent excéder, au cours d'une même année, 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du dernier exercice clos par l'établissement de santé ou par le titulaire de l'autorisation. Ces pénalités prévues en cas de non-respect des engagements contractuels, initialement décrites dans la partie réglementaire du code de la santé publique, relèvent donc désormais de la loi en raison du préjudice susceptible d'en résulter pour les titulaires d'autorisations concernés.

Le **III** modifie l'article L. 6114-2.

Le 1° (**alinéa 13**) tire les conséquences des modifications introduites par le présent projet de loi en matière de planification régionale en disposant que les orientations stratégiques des acteurs soumis à l'obligation de conclure un CPOM, qu'il s'agisse des établissements de santé, des titulaires d'une autorisation pour des activités de soins ou des équipements matériels lourds ou des groupements de

coopération sanitaire, doivent être définies non plus sur la base des schémas d'organisation sanitaire mais sur la base du projet régional de santé, notamment du schéma régional de l'organisation des soins ou du schéma interrégional (*cf. infra* à l'article 26).

Le 2° supprime l'obligation d'identifier dans le CPOM les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs (**alinéa 14**).

Le 3° (**alinéa 16**) dispose que les engagements des signataires relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale d'innovation médicale et de recours ⁽¹⁾, ainsi que les autres engagements, notamment de retour à l'équilibre financier, devront continuer à être inscrits dans le CPOM mais ne mentionne plus la nécessité d'y faire figurer les missions d'intérêt général, notion remplacée dans le présent projet de loi par la définition nouvelle de missions de service public assurés par les établissements de santé quelle que soit leur nature (*cf. supra* à l'article 1^{er}).

Le 4° prévoit que les CPOM doivent mentionner, le cas échéant par avenant, les missions de service public assurées par les établissements de santé (*cf. article 1^{er}*) ainsi que les missions de soins ou de santé publique spécifiques qui sont assignées par l'agence régionale de santé. Les CPOM doivent également fixer les objectifs quantifiés des activités de soins et équipements matériels lourds pour lesquels une autorisation a été délivrée et en définir les conditions de mise en œuvre.

Le dispositif des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) est un système de régulation mis en place depuis l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé qui consiste à fixer à chaque établissement dans chaque activité de soins qu'il exerce un minimum et un maximum de séjours ou d'actes à produire annuellement ou pluriannuellement.

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins

« Les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) des établissements sont la déclinaison, par titulaire d'autorisation et par activité de soins, des OQOS prévus au SROS par territoire de santé. Cette déclinaison est négociée dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Il existe trois types d'OQOS, dont deux sont obligatoires, le troisième étant facultatif :

- des OQOS sur les implantations des activités de soins et équipements matériels lourds autorisés ;*
- des OQOS en volume, pour certaines activités de soins uniquement, listées par arrêté ;*
- des OQOS en temps maximum d'accès et en permanence des soins.*

(1) Le recours désigne la prise en charge d'épisodes de soins très spécialisés et s'inscrit dans une gradation des soins : soins de premier recours, usage normal, recours.

Ces OQOS ont été introduits par l'ordonnance du 4 septembre 2003 et ont fait l'objet d'une première détermination, par titulaire d'autorisation d'activité de soins, dans le cadre des CPOM conclus en application des SROS de troisième génération, soit au 31 mars 2007. Ce dispositif est donc récent.

La fixation d'OQOS en volume, pour certaines activités de soins, répond à un triple objectif :

- dimensionner l'offre au regard de l'évaluation des besoins menée dans le SROS ;*
- éviter la constitution de monopoles qui auraient conduit à vider certains établissements de leurs médecins et à déstabiliser d'autres établissements sur certaines activités de soins. Ces monopoles sont aussi souvent pour les patients sources de coûts supplémentaires, lorsqu'une offre en secteur I n'est pas garantie ;*
- donner un cadre à une certaine régulation des dépenses d'hospitalisation.*

La négociation des OQOS dans le cadre du CPOM permet d'ajuster les projets de l'établissement de santé en matière d'activité prévisionnelle au niveau de réponse aux besoins de santé mesurés par le SROS ».

Source : Ministère de la santé et des sports.

L'**alinéa 19** dispose que les CPOM sont signés ou révisés au plus tard six mois après la délivrance de l'autorisation ou l'attribution d'une mission de service public. À défaut de signature du CPOM ou de l'avenant dans ce délai, l'ARS fixe elle-même les objectifs quantifiés, les pénalités prévues en cas de manquement aux engagements du contrat, les obligations relatives aux missions de service public ainsi que, le cas échéant, les modalités selon lesquelles est calculée la compensation financière des missions de service public assurées par un établissement de santé privé.

Le **5°** dispose, dans un souci de réalisme, que les objectifs quantifiés relatifs à l'activité de soins ou l'équipement matériels lourds doivent être dorénavant révisés dans les six mois, et non plus dans les trois mois, suivant le renouvellement de l'autorisation (**alinéa 20**).

Le **IV** procède à une réécriture globale de l'article L. 6114-3 relatifs aux engagements contenus dans le CPOM en matière de qualité et de sécurité des soins. Ces derniers doivent définir des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins dont l'importance a été réaffirmée par l'article 2, et comporter les engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification prévue à l'article L. 6113-3 (**alinéa 22**).

Article L. 6113-3 du code de la santé publique

« Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation.

Cette procédure, conduite par la Haute autorité de santé, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement ».

Les CPOM devront également désormais intégrer, de façon novatrice, des objectifs d'efficience et d'évolution des pratiques, en particulier ceux qui sont contenus dans les accords mentionnés à l'article L. 6113-12, c'est-à-dire les accords-cadres qui peuvent être conclus entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les fédérations nationales représentatives des établissements de santé en vue d'améliorer les pratiques hospitalières (**alinéa 23**).

Les accords de bonnes pratiques hospitalières

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et son décret d'application du 23 décembre 2004 ont prévu la possibilité d'accords-cadres nationaux conclus entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les fédérations représentatives des établissements de santé, en vue d'améliorer les pratiques hospitalières et de contribuer à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie. Ces accords fixent des objectifs de bon usage et notamment des objectifs relatifs aux prescriptions hospitalières. Ils peuvent comporter des objectifs quantifiés d'évolution des dépenses d'assurance maladie. Si les actions conduites amènent une diminution des dépenses de l'assurance maladie, les établissements concernés peuvent bénéficier d'un intéressement allant jusqu'à 50 % des dépenses évitées. Ces accords-cadres nationaux sont ensuite déclinés au niveau local par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Il s'agit alors d'accords locaux conclus entre le directeur de l'ARH et le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie. Les ARH ont également la possibilité de fixer des objectifs propres à la région et de conclure ainsi des accords d'initiative locale.

S'agissant des accords-cadres nationaux, un premier accord-cadre concernant le bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé a été signé le 26 janvier 2006. L'objectif principal de cet accord est d'améliorer la prescription des antibiotiques dans les établissements de santé et de préserver leur efficacité. L'objectif cible national est la diminution de 10 % en trois ans de la consommation des antibiotiques dans les établissements de santé. La mesure des dépenses évitées à l'assurance maladie porte sur les antibiotiques prescrits en établissements et délivrés en officine de ville. Une mesure d'intéressement des établissements de santé aux économies réalisées est prévue et se traduira par le reversement aux établissements de 50 % des dépenses évitées. Les établissements concernés par cet accord sont ceux qui ont une prescription importante d'antibiotiques dans le cadre d'hospitalisations et/ou de consultations externes, le plus souvent en liaison avec une activité de médecine-chirurgie-obstétrique mais parfois aussi en liaison avec une activité de soins de suite et de réadaptation. Au 31 décembre 2007, 488 établissements ont conclu un accord local, soit un taux de 67 %.

Enfin, les CPOM des établissements publics de santé doivent continuer, sans changement, à décrire les transformations relatives à leur organisation et à leur gestion et comporter un volet social (**alinéa 24**).

Le V procède à une réécriture globale de l'article L. 6114-4 (**alinéa 26**).

Celui-ci précise que le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu par les établissements privés, autres que les établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer au service public hospitalier et les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement

en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, fixent le montant des tarifs de prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1, c'est-à-dire le tarif des catégories de prestations d'hospitalisation, sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. La fixation de ces tarifs se fait dans le respect des dispositions des articles L. 162-22-2 à L. 162-22-5 du même code qui prévoient notamment des règles de modulation de ces tarifs.

Les litiges relatifs à l'application de ces stipulations sont portés devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS), sans préjudice des dispositions de l'article L. 351-1 du code de l'action sociale et des familles relatives qui réservent aux tribunaux interrégionaux de la tarification sanitaire et sociale (TITSS) une compétence de premier ressort en matière de recours dirigés contre les décisions déterminant les dotations globales, les dotations annuelles, les forfaits annuels, les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, les remboursements forfaitaires, subventions obligatoires aux établissements de santé, les prix de journée et autres tarifs des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux de statut public ou privé et d'organismes concourant aux soins.

*

La Commission examine un amendement de M. Claude Leteurtre prévoyant que le directeur associe le président de la CME à la rédaction et à la conclusion du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

M. le rapporteur. Avis défavorable. Pour les établissements publics, le président du directoire doit déjà consulter les membres du directoire, dont le vice-président est le président de la CME. Quant aux établissements privés, il convient de leur laisser une certaine liberté d'organisation.

La Commission rejette cet amendement.

Puis, elle est saisie d'un amendement de M. Guy Lefrand précisant que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens doivent être signés avant le 31 décembre 2012.

M. le rapporteur. C'est difficile sur un plan technique, car les signatures auront lieu tout au long de l'année.

M. le président Pierre Méhaignerie. En revanche, on pourra peut-être obtenir un engagement du ministre sur ce point au cours du débat.

La Commission adopte cet amendement.

Elle est ensuite saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune, l'un de Mme Catherine Génisson, l'autre de M. Jean-Luc Prével, tendant tous deux à renforcer le caractère contraignant des contrats permettant à des établissements de santé privés lucratifs d'exercer une mission de santé publique, et ce afin de garantir une meilleure prise en charge des patients et de leur famille dans le respect des principes du service public.

M. Jean-Luc Prével. Mon amendement me paraît plus complet que celui de Mme Génisson : il tend à porter la pénalité financière en cas d'inexécution des missions de service public de 1 à 5 %, comme le propose également ma collègue, mais il instaure également une sanction lorsque le contrat n'est que partiellement respecté.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Un taux de 5 % me semble bien trop élevé. J'ajoute que le directeur de l'ARS dispose également, dans une échelle de gradation des sanctions, d'une « arme atomique » : en cas de non-respect des obligations contractuelles, il peut en effet retirer les autorisations qui ont été accordées aux établissements aux termes de l'alinéa 44 de l'article 1^{er}.

Mme Catherine Génisson. L'amendement de M. Prével est effectivement plus complet à certains égards, mais le mien a l'avantage de prévoir un temps d'adaptation : les pénalités ne s'appliqueront que quatre ans après la publication de cette loi.

M. Jean-Luc Prével. J'aimerais savoir ce que prévoit le projet de loi en cas de respect partiel du contrat. Ce cas est-il prévu ?

M. le rapporteur. Il n'y a pas de demi-mesure : soit la mission est accomplie, soit elle ne l'est pas.

L'amendement de Mme Catherine Génisson étant retiré, la Commission adopte l'amendement restant en discussion rectifié, sur la proposition de Mme Génisson, afin de préciser que les dispositions de l'article L. 6145-16 du code de la santé publique issues de la présente loi s'appliquent au plus tard pour la première fois au compte du premier exercice qui commence quatre ans à compter de la publication de la présente loi.

Puis, elle examine un amendement de Mme Catherine Génisson tendant à supprimer, à l'alinéa 13, le mot : « notamment ».

M. le rapporteur. Avis défavorable, car cela rendrait l'alinéa illisible.

La Commission rejette cet amendement.

Elle est ensuite saisie d'un amendement de Mme Jacqueline Fraysse tendant à supprimer l'alinéa 14 de l'article 3.

Mme Jacqueline Fraysse. Il s'agit de préserver la référence aux soins palliatifs dans les CPOM.

M. le rapporteur. Avis favorable. Les soins palliatifs sont en effet une priorité nationale régulièrement rappelée par le Président de la République.

La Commission adopte cet amendement.

Puis, elle examine un amendement de Mme Bérengère Poletti tendant à préciser que les actions de coopération visées par les CPOM concernent, d'une part, les établissements de santé exerçant des activités de soins à domicile et les établissements médico-sociaux et, d'autre part, les professionnels de santé conventionnés, les centres de santé, les établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes, les maisons de santé et les réseaux de santé.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Cette précision alourdirait inutilement le texte. Évitions de produire une loi bavarde.

La Commission adopte cet amendement.

Elle est saisie ensuite d'un amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à préciser que les CPOM doivent prendre en compte les besoins de santé de la population.

M. le rapporteur. Même avis défavorable que précédemment : n'alourdissons pas le texte. L'ensemble de la loi tend déjà de façon évidente à prendre compte les besoins de santé de la population.

Mme Michèle Delaunay. Nous avons au contraire l'impression que ce texte ne prend pas suffisamment les besoins comme point de départ. La précision proposée est donc utile.

Mme Catherine Génisson. Les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) font référence à la production et à la consommation de soins, alors que c'est l'analyse des besoins qui importe le plus. Éluë du Nord-Pas-de-Calais, région dans laquelle nos concitoyens n'expriment pas suffisamment leurs besoins de santé, je peux en témoigner.

Mme Valérie Boyer. Les besoins de santé de nos concitoyens doivent effectivement être pris en considération, mais le texte qui nous est soumis s'y emploie déjà : les CPOM s'appuient sur les SROS, qui permettent d'évaluer les besoins.

M. Marcel Rogemont. Ce sont les besoins qui comptent !

M. le président Pierre Méhaignerie. Nous demandons à l'exécutif de réaliser des études d'impact, ce qu'il ne fait d'ailleurs pas assez souvent. De notre côté, évitions de rédiger des lois bavardes. Le Conseil d'État et le Conseil constitutionnel ne cessent de rappeler que les dispositions législatives doivent être revêtues d'une portée normative. Le rapporteur fait donc correctement son travail.

M. Marcel Rogemont. Il lutte contre l'obésité parlementaire !

La Commission adopte cet amendement.

Puis, elle examine un amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à préciser que les objectifs quantifiés ne doivent pas empêcher de dispenser des actes de qualité à l'ensemble de la population.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Il n'y a pas de lien entre la fixation d'objectifs quantifiés et la qualité des soins.

La Commission rejette cet amendement.

Elle examine ensuite deux amendements identiques, respectivement déposés par M. Dominique Tian et M. Jean-Luc Prével, tendant à ouvrir, pour les établissements de santé volontaires et pour une durée déterminée, la possibilité de déroger au système des objectifs quantifiés en contrepartie de la mise œuvre d'une démarche d'évaluation de la pertinence des actes et des hospitalisations au regard de critères définis par la Haute autorité de santé (HAS).

M. Dominique Tian. Nous avons besoin d'introduire un peu de souplesse dans le dispositif actuel. Ne sanctionnons pas un établissement qui aurait dépassé son objectif d'activité si des actes inutiles ou injustifiés n'ont pas été réalisés.

M. le rapporteur. Avis défavorable. La Haute autorité de santé n'est pas encore en mesure d'établir les critères auxquels vous faites référence. J'ajoute que les agences régionales de santé joueront également un rôle essentiel dans ce domaine.

La Commission rejette ces deux amendements.

Puis, elle examine un amendement de M. Pierre Morange, présenté par M. Dominique Tian, tendant à ce que les CPOM comportent des objectifs en matière d'externalisation des services autres que les soins.

M. Dominique Tian. Les hôpitaux français devraient se recentrer sur leurs métiers de base en externalisant certaines tâches, telles que la restauration, le ménage ou le gardiennage.

Mme Catherine Génisson. Je suis totalement opposé à cette proposition. Afin de lutter contre les maladies nosocomiales, par exemple, il est très important que les agents d'entretien appartiennent à la communauté hospitalière.

M. Pierre Morange. Nous devons rationaliser et optimiser les moyens en vue de préserver notre système de protection sanitaire et sociale. À ce titre, il est tout à fait légitime de favoriser l'externalisation de certaines prestations, pourvu que des cahiers des charges conformes aux normes de sécurité soient élaborés. Les marges de manœuvre ainsi dégagées permettront aux établissements hospitaliers de mieux remplir leur fonction essentielle : répondre à la souffrance des hommes.

M. Jean Bardet. On se heurte à des difficultés insolubles lorsque les entreprises de services ne remplissent pas leur cahier des charges. Il n’y a plus personne pour faire le ménage ! En revanche, il est toujours possible de trouver des arrangements en cas de nécessité quand cette tâche est confiée à du personnel hospitalier.

M. Marcel Rogemont. Je suis scandalisé que l’on puisse faire de l’externalisation un objectif. Cela doit rester une simple faculté.

M. Jacques Domergue. Cet amendement est superflu : laissons aux directeurs d’hôpitaux le soin de s’organiser comme ils l’entendent. Il y a des secteurs qui peuvent être nettoyés par des entreprises extérieures, et d’autres qui doivent être confiés à du personnel hospitalier.

M. Dominique Tian. Je répète que l’externalisation permet de réaliser des économies, et j’observe que la restauration collective a été externalisée dans les lycées et les collèges sans qu’il en résulte des problèmes d’hygiène particuliers.

M. le rapporteur. La philosophie de ce texte est que les établissements doivent être maîtres de leur gestion. Si une externalisation est toujours envisageable, cela ne doit pas constituer une fin en soi.

La Commission rejette cet amendement.

Elle examine ensuite un amendement de Mme Valérie Boyer tendant à ce que les CPOM comportent un volet relatif aux personnels soignants.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Les personnels soignants sont déjà pris en compte dans ce texte : ils participent à l’élaboration du projet médical d’établissement, et nous irons même plus loin à la faveur d’un amendement relatif à la présence du directeur des soins au sein du directoire, qui sera examiné ultérieurement.

Mme Valérie Boyer. Toutefois, je le répète, les CPOM ne comportent pas de volet spécifiquement consacré aux personnels soignants.

La Commission rejette cet amendement.

Elle examine ensuite deux amendements identiques, respectivement déposés par M. Yves Bur et par M. Jean-Luc Prével, tendant à ce que les établissements de santé privés employant des médecins salariés puissent bénéficier d’une prise en charge par l’assurance maladie des actes et prestations prévue par les dispositions de l’article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

M. Yves Bur. Le paiement à l’acte des médecins libéraux n’est pas toujours adapté aux exigences du service public hospitalier confié aux établissements hospitaliers privés. C’est pourquoi l’amendement propose d’introduire une dérogation au code de la sécurité sociale.

M. Jean-Luc Prél. Même justification.

M. le rapporteur. Je suis d'accord avec l'intention, mais je vous propose de retirer ces amendements au profit d'un amendement déposé par Dominique Tian, qui viendra tout à l'heure en discussion.

Ces amendements sont retirés.

La Commission adopte l'article 3 ainsi modifié.

Après l'article 3

La Commission examine quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune : un amendement déposé par M. Yves Bur et trois amendements identiques, respectivement déposés par Mme Catherine Génisson, M. Jean-Luc Prél et Mme Jacqueline Fraysse, tendant à interdire à un praticien hospitalier d'entrer en concurrence, pendant une période de deux ans, avec l'établissement public au sein duquel il a exercé à titre permanent et dont il est démissionnaire.

M. Yves Bur. Le code de déontologie médicale admet une restriction au principe de liberté d'installation afin d'éviter toute concurrence déloyale. Cet amendement ne fait qu'étendre ce principe aux établissements publics.

Mme Catherine Génisson. Mon amendement a le même objet. Je me demande toutefois, à la réflexion, si nous n'aurions pas dû prévoir une exception en faveur des chefs de clinique.

M. Jean-Luc Prél. Nous connaissons tous des exemples de praticiens qui « partent » avec leur clientèle. Il me semble nécessaire d'instaurer une obligation de non-concurrence, déjà applicable dans d'autres cas.

M. Jacques Domergue. Je trouverais normal qu'un praticien hospitalier qui s'installe soit soumis aux mêmes règles de concurrence que les autres professionnels de santé. Mais il ne faudrait pas décourager certains chefs de clinique.

M. Christian Paul. La liberté d'installation des médecins ne doit pas faire l'objet d'un tabou. Quand des motifs d'intérêt général justifient certaines restrictions, nous sommes prêts à les accepter, en espérant que la majorité saura, elle aussi, accepter nos amendements le moment venu.

M. Patrice Debray. À un moment où nous manquons cruellement de professionnels de santé, l'instauration de telles règles de non-concurrence me paraît complètement dépassée. Je pense même qu'il faudrait éviter les contraintes géographiques en matière d'installation : si nous voulons combler les déserts médicaux, il faut que les médecins puissent travailler les uns avec les autres.

M. Olivier Jardé. Il ne faudrait pas non plus oublier la complémentarité qui existe entre le secteur public et le secteur privé. Je suis toujours très heureux de travailler avec mes anciens collaborateurs. Exerçant à Amiens, je préfère travailler avec d'anciens chefs de clinique installés à côté de chez moi, plutôt qu'avec des nouveaux venus, originaires de Lille...

Mme Michèle Delaunay. Si l'on accepte qu'un ancien praticien parte avec « sa » clientèle et qu'il s'installe à côté de son ancien service, on favorise nécessairement la concentration médicale, alors même que nous devons faire face, dans le même temps, à un phénomène de désertification médicale.

Mme Jacqueline Fraysse. Je m'étonne que certains collègues refusent une règle déontologique aussi évidente, qui s'applique déjà à d'autres catégories. Ainsi, les médecins salariés par les centres de santé signent une clause de non installation dans un périmètre donné. Ces amendements ne proposent donc rien de nouveau, ni rien d'extraordinaire.

Ces amendements visent à défendre le service public. Je constate que certains d'entre nous, suivant une logique de privatisation, en souhaitent le déclin.

M. le rapporteur. Le projet de loi a notamment pour objet d'améliorer l'attractivité de l'hôpital public. Or, ces amendements risquent de donner une image négative des établissements de santé publics qui ne pourraient retenir leurs praticiens que par la contrainte, et ils me semblent également fragiles au plan juridique. Un ancien praticien ne détient en effet aucun secret industriel ; en outre, il n'a pas de clientèle, mais une simple compétence. Avis défavorable.

Mme Catherine Génisson. Je ne vois pas pourquoi les règles de déontologie ne s'appliqueraient pas à certaines catégories de médecins. Nous connaissons tous des praticiens qui commencent par s'exercer dans des hôpitaux, au sein desquels ils se constituent ensuite une clientèle, avant d'aller s'installer à côté. Nous devons instaurer des règles afin de protéger l'hôpital public.

M. Claude Leteurtre. Dès lors qu'elle est limitée dans la durée, je ne vois pas en quoi cette interdiction serait fragile d'un point de vue juridique. Comme l'a fait observer Catherine Génisson, cette règle est en revanche une nécessité absolue pour préserver l'hôpital public. La concurrence doit être égale.

M. Guy Lefrand. Alors que nous nous efforçons d'instaurer des liens entre le secteur public, le secteur privé et les structures ambulatoires, ces amendements vont produire l'effet inverse.

Afin de renforcer l'attractivité de certains territoires, nous devons permettre à des chirurgiens de s'installer pendant quelques années dans un hôpital, avant de partir dans une clinique privée s'ils le souhaitent. Nous l'avons tous fait. C'est nécessaire pour maintenir des chirurgiens et des médecins dans nos hôpitaux situés dans des territoires difficiles.

La Commission rejette successivement ces amendements.

M. le président Pierre Méhaignerie. À titre personnel, j'étais plutôt favorable à ces amendements. Toutefois, même quand on a de bonnes intentions, on n'est pas toujours sûr du résultat.

CHAPITRE II

Statut et gouvernance des établissements publics de santé

Article 4

Statut et gouvernance des établissements publics de santé

L'article 4 a pour objectif de doter l'établissement public de santé d'une nouvelle structure juridique qui lui permette de développer son dynamisme et sa capacité d'adaptation aux évolutions nécessaires. A cet effet, une place particulière est réservée au directeur de l'établissement, un statut unique est créé pour l'ensemble des établissements de santé afin de simplifier leur gestion et de faciliter les coopérations hospitalières et un nouveau type de fondation, la fondation hospitalière, est créé.

Le **I** procède à une réécriture globale de l'article L. 6141-1 du chapitre I^{er} (« *Organisation générale* ») du titre IV (« *Établissement publics de santé* ») du livre I^{er} (« *Établissements de santé* ») de la sixième partie (« *Établissements et services de santé* ») du code de la santé publique.

• *Ressort, modalités de création et gouvernance des établissements publics de santé*

L'**alinéa 2** définit le ressort des établissements publics de santé. Celui-ci continue d'être communal, intercommunal, départemental, interdépartemental ou national mais il est désormais explicitement mentionné, afin de prendre en compte l'importance du cadre régional dans l'organisation hospitalière, que ce ressort peut également être régional ou interrégional.

Le caractère public de ces établissements les soumet de façon inchangée au contrôle de l'État dans des conditions prévues par le titre IV du code de la santé publique, qui sont désormais précisées au V de l'article 6 (*cf. infra*).

Il existe 1 009 établissements publics de santé (entités juridiques) répartis de la façon suivante :

Centres hospitaliers régionaux (CHR)	31
Centres hospitaliers généraux (CH)	520
Centres hospitaliers psychiatriques (CHS)	90
Hôpitaux locaux (HL)	348
Syndicats interhospitaliers (SIH)	13
Autres établissements publics ⁽¹⁾	7

Source : Ministère de la santé et des sports

Les établissements publics restent créés selon les cas par décret ou par arrêté du directeur général de l'agence régionale de la santé (ARS) qui remplace l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) mais la répartition entre ces deux modalités de création est précisée : les établissements ayant un ressort national, interrégional ou régional sont créés par décret, les autres par arrêté du directeur général de l'ARS. L'avis du comité national ou régional de l'organisation sanitaire et sociale n'est plus requis lors de la création d'un établissement public de santé.

L'**alinéa 3** expose les grandes lignes de la nouvelle gouvernance des établissements de santé dont l'objectif est de permettre à chacun, via des organes décisionnels rénovés, d'assurer un meilleur exercice de ses responsabilités. Alors que l'ancienne gouvernance prévoyait que les établissements publics de santé étaient administrés par un conseil d'administration et dirigés par un directeur nommé après avis du président de ce conseil d'administration, le nouveau schéma dispose qu'ils sont désormais dirigés par un directeur, et doté d'un conseil de surveillance qui se substitue au conseil d'administration. Si les pouvoirs de ces organes sont ultérieurement précisés dans les articles 5 et 6 du présent projet de loi (*cf. infra*) le schéma général laisse déjà apparaître le renforcement du rôle du directeur d'établissement, appelé à devenir selon l'expression du Président de la République, M. Nicolas Sarkozy, le véritable « patron » de l'hôpital et un recentrage du conseil de surveillance sur des missions de contrôle.

• *Nomination et cessation de fonction des directeurs d'établissements*

Les conditions de nomination des directeurs des établissements publics de santé sont modifiées. Alors que l'article L. 6141-1, dans sa rédaction actuelle, prévoit que les directeurs sont nommés selon les cas par décret du Premier ministre pour les établissements figurant sur une liste fixée par décret ou par arrêté du ministre chargé de la santé pour les autres établissements, la nouvelle rédaction dispose désormais trois modalités de nomination suivant le type d'établissement public de santé concerné.

(1) Institution nationale des invalides (INI), hôpitaux d'instruction des armées (HIA), établissement national de santé de Fresnes, quelques établissements non rattachés à un centre hospitalier (1 pouponnière, 1 centre de post-cure pour alcooliques, 3 établissements de soins de longue durée).

Le 1^o du I dispose que les directeurs des centres hospitaliers universitaires (CHU) seront nommés par décret pris sur le rapport du ministre chargé de la santé (**alinéa 3**).

Le 2^o prévoit que les directeurs des établissements mentionnés aux 1^o et 7^o de l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, c'est-à-dire les établissements publics de santé et syndicats interhospitaliers et le Centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre ⁽¹⁾, seront désormais nommés par arrêté du directeur général du centre national de gestion (CNG), sur proposition du directeur général de l'agence régionale de la santé, après avis du président du conseil de surveillance de l'établissement (**alinéa 5**).

***Le centre national de gestion des praticiens hospitaliers
et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG)***

« L'ordonnance n° 2005-1112 du 1er septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière a prévu la création d'un établissement public administratif chargé de la gestion des carrières des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et des praticiens hospitaliers.

L'article 76 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a fixé le régime juridique de l'établissement et déterminé ses ressources. Lors de l'examen de ce texte, votre commission s'était d'ailleurs étonné que l'on crée le CNG par amendement à la loi de financement alors que, dans le même temps, le Sénat devait débattre du projet de loi de modernisation de la fonction publique.

Le décret n° 2007-704 du 4 mars 2007 relatif à l'organisation et au fonctionnement du centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et modifiant le code de la santé publique a précisé son organisation.

En 2008, le CNG emploie 109 personnes, en charge de la gestion de carrière des 40 000 praticiens hospitaliers et des 5 000 directeurs (directeurs d'hôpital, directeurs d'établissement sanitaire, social et médicosocial, D3S) mais aussi des concours nationaux relatifs aux établissements de santé publics qui réunissent plus de 23 000 candidats chaque année. (17 000 candidats aux concours d'internats et 6 000 aux concours administratifs).

Le CNG est également chargé de la tenue d'un système informatisé de gestion à des fins de suivi individuel des personnels, d'études statistiques et de simulations prospectives relatives aux évolutions statutaires et financières. Pour remplir cette mission, il s'est doté d'une cellule statistique chargée d'établir en 2008 une cartographie nationale des emplois et des compétences des personnels médicaux et de direction ainsi que le bilan social de ces catégories de personnel ».

Source : Rapport d'information « Pour une gestion responsable de l'hôpital n° 403 (2007-2008) de MM. Alain Vasselle et Bernard Cazeau, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, déposé le 18 juin 2008.

(1) Le centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre est un établissement public de la ville de Paris qui exerce des missions d'un établissement public de santé et des missions sociales au sens du code de l'action sociale et des familles.

Enfin, le 3^o prévoit que, de façon dérogatoire aux règles du 2^o, les directeurs des établissements membres d'une communauté hospitalière de territoire (CHT) autre que l'établissement siège (*cf. infra* à l'article 12) seront également nommés par arrêté du directeur général du centre national de gestion, non sur proposition du directeur général de l'agence régionale de la santé mais sur proposition du président du directoire de l'établissement siège, l'avis du président du conseil de surveillance de l'établissement membre restant exigé (**alinéa 6**).

L'**alinéa 7** dispose que le directeur pourra se voir retirer son emploi dans l'intérêt du service par l'autorité investie du pouvoir de nomination. S'il ne fait pas partie des directeurs n'ayant pas la qualité de fonctionnaires qui pourront désormais exercer les fonctions de directeur d'hôpital aux termes de l'article 7 du présent projet de loi (*cf. infra*) et s'il relève de la fonction publique hospitalière, le directeur sera alors placé en situation de recherche d'affectation.

Depuis une ordonnance du 1^{er} septembre 2005, les personnels de direction des établissements dont les personnels relèvent de la fonction publique hospitalière peuvent en effet être placés en recherche d'affectation auprès du centre national de gestion pour une durée maximale de deux ans. Ils sont alors rémunérés par cet établissement public qui exerce à leur égard toutes les prérogatives reconnues à l'autorité investie du pouvoir de nomination.

Dans ce cas, l'alinéa 7 prévoit que l'avis de la commission administrative paritaire compétente (CAP) de l'établissement de santé dont il est directeur ne sera plus requis. Prévues par le premier statut national des agents hospitaliers (décret du 20 mai 1955), les CAP, qui comprennent un nombre égal de représentants de l'administration et de représentants des personnels, ont pour attribution de connaître des questions individuelles des agents titulaires et, quelquefois, stagiaires (titularisation) et non titulaires (formation) des établissements de santé. Selon le décret du 18 juillet 2003, l'autorité investie du pouvoir de nomination doit informer, lorsqu'elle prend une décision différente la CAP, dans un délai d'un mois cette dernière des motifs qui l'ont conduit à ne pas suivre son avis.

- *Catégories d'établissements publics*

Le **II** modifie l'article L. 6141-2.

Le 1^o énumère les catégories d'établissements publics de santé. Ne subsistent plus comme établissements publics de santé que les centres hospitaliers (CH) et les groupements de coopération sanitaire (GCS) de droit public exerçant des activités de soin soumises à autorisation en application des articles L. 6122-1 (autorisation par l'ARS pour les activités de soins et les équipements matériels lourds) ou L. 6122-21 (autorisation par le préfet de la collectivité territoriale pour les activités de soins et les équipements matériels lourds à Saint-Pierre-et-Miquelon). Il convient de souligner que l'article 13 (*cf. infra*) dispose dans son alinéa 15 qu'un GCS de droit public autorisé à exercer une ou plusieurs activités de soins est qualifié d'établissement public de santé.

Cette unification du statut des établissements publics de santé aboutit à la disparition de la dénomination « hôpital local ».

En conséquence, le 2^o supprime les dispositions particulières du fonctionnement médical des hôpitaux locaux (**alinéa 11**).

● *Ressources des établissements publics*

Le **III** insère un nouvel article L. 6141-2-1 dans le code de la santé publique qui énumère les ressources d'un établissement public. Celles-ci sont assez classiquement constituées par :

– des produits de l'activité hospitalière (dans le cadre de la tarification à l'activité – T2A -) et de la tarification sanitaire et sociale (**alinéa 14**) ;

– des dotations ou subventions de l'État, d'autres personnes publiques et des régimes obligatoires de sécurité sociale (**alinéa 15**) ;

– des produits des ventes de biens ou services et produits des brevets qu'il détient (**alinéa 16**) ;

– le revenu des participations et produits financiers et divers (**alinéa 17**) ;

– de dons, legs, subventions et apports (**alinéa 18**) ;

– de produits des cessions d'actifs et produits exceptionnels (**alinéa 19**) ;

– d'emprunts et avances (**alinéa 20**).

● *Création par les établissements publics de fondations hospitalières*

Le **IV** insère dans le code de la santé publique un nouvel article L. 6141-7-3 destiné à créer un nouveau type de fondation : la fondation hospitalière.

L'**alinéa 22** dispose ainsi que les établissements publics de santé peuvent désormais créer une ou plusieurs fondations hospitalières, dotées de la personnalité morale, résultant de l'affectation irrévocable à l'établissement intéressé de biens, droits ou ressources apportés par un ou plusieurs fondateurs pour la réalisation d'œuvres ou activités d'intérêt général et à but non lucratif, afin de concourir aux missions de recherche en santé qui sont mentionnées à l'article L. 6112-1 (*cf. supra* à l'article 1^{er}) parmi les missions des établissements de santé.

Il est précisé que ces fondations disposeront de l'autonomie financière (**alinéa 23**), que les dispositions relatives à la reconnaissance d'utilité publique, prévues par la loi n° 87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat s'appliqueront à elles (**alinéa 24**) sous réserve des dispositions relatives à sa

personnalité morale ⁽¹⁾, que leurs règles particulières de fonctionnement seront fixées dans des statuts qui devront être approuvés par le conseil de surveillance de l'établissement public qui décide de créer une fondation (**alinéa 25**) et que l'ensemble des règles générales de fonctionnement de ces fondations hospitalières seront déterminées par décret en Conseil d'État (**alinéa 26**).

Cette innovation reprend une préconisation du rapport d'avril 2008 de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par M. Gérard Larcher selon laquelle « *la possibilité doit être explicitement prévue, pour les établissements de santé, de créer des fondations au même titre que les universités ; ces fondations pourraient se concevoir au niveau interrégional, associant les CHU et leurs partenaires publics et privés* ». La création par les établissements publics de santé de fondations hospitalières est de nature à améliorer la traçabilité des financements des établissements de santé.

*

La Commission examine ensuite un amendement de Mme Valérie Boyer tendant à préciser que les directeurs des Centres hospitaliers universitaires (CHU) à vocation nationale que sont les assistances publiques sont nommés, comme tout directeur de CHU, par décret pris sur le rapport du ministre de la santé.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Les assistances publiques sont des CHU.

La Commission rejette cet amendement.

Puis elle adopte un amendement rédactionnel du rapporteur tendant à préciser le numéro et l'objet de la loi du 9 janvier 1986 visée par le texte.

Elle examine ensuite un amendement du rapporteur et d'un amendement de M. Bernard Perrut, pouvant être soumis à une discussion commune et tendant à prévoir que le directeur général du Centre national de gestion nomme les directeurs des établissements de santé après avis du président du Conseil de surveillance parmi les candidats proposés par le directeur général de l'agence régionale de santé.

M. le rapporteur. Mon amendement préserve le principe d'une nomination sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé – laquelle lie le niveau national – mais ouvre à ce dernier la possibilité de présenter plusieurs candidats.

M. Bernard Perrut. Il est normal que le directeur général de l'ARS détienne un pouvoir de proposition mais il serait contraire à l'objectif de la loi que les directeurs d'établissement deviennent, en quelque sorte, ses collaborateurs.

(1) Aux termes de la loi n°87-571, ces fondations disposeront ipso facto de la reconnaissance d'utilité publique et de la personnalité morale, sans qu'il soit besoin d'un décret en Conseil d'État.

Plusieurs noms doivent être proposés afin d'éviter qu'une hiérarchie nouvelle ne se constitue au profit de l'ARS. Les directeurs d'établissement sont attachés à une régulation nationale.

M. le rapporteur. Cette régulation permet d'éviter le risque de régionalisation des carrières et apporte une solution en cas de candidatures multiples.

M. Bernard Perrut. Je retire mon amendement.

La Commission adopte l'amendement du rapporteur, cosigné par M. Bernard Perrut.

*En conséquence, l'amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à préciser que l'avis du président du conseil de surveillance doit être conforme devient **sans objet**.*

La Commission examine un amendement de M. Patrice Debray visant à ce que le Centre national de gestion transmette au directeur général de l'ARS et au président du conseil de surveillance l'ensemble des candidatures à la direction des établissements de santé, sans pouvoir en écarter aucune.

M. le rapporteur. Avis défavorable. L'abondance des candidatures « héliotropiques » représente un risque non négligeable. Le principe de la *short list* me paraît plus adapté à une gestion dynamique des carrières.

M. Jacques Domergue. Aujourd'hui, sur une première liste de dix noms établie par le Centre national de gestion, seuls trois sont proposés au conseil de surveillance. Je préférerais que le choix soit plus large.

M. Pierre Morange. Les craintes du rapporteur ne sont pas fondées. Le texte vise à ouvrir des perspectives de carrière pour les directeurs d'établissement. Il serait contradictoire de restreindre les possibilités de diversification.

M. le rapporteur. Je suis sensible à ces arguments mais je crains que les *short lists* ne s'allongent...

La Commission adopte l'amendement, après que Mme Jacqueline Fraysse l'a cosigné.

Après avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette un amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à préciser, en ce qui concerne la nomination des directeurs des établissements membres d'une communauté hospitalière de territoire, que l'avis du président du conseil de surveillance doit être conforme à celui du président du directoire de l'établissement siège.

Puis elle examine quatre amendements, respectivement déposés par le rapporteur, Mme Catherine Génisson, M. Claude Leteurre et Mme Jacqueline Fraysse, pouvant être soumis à une discussion commune et tendant à rétablir

l'avis de la commission administrative compétente avant que ne soit prononcée la mise en situation de recherche d'affectation d'un directeur d'établissement public de santé.

*La Commission **adopte** l'amendement du rapporteur après que les commissaires des groupes SRC, Nouveau Centre et GDR l'ont cosigné et après que Mme Catherine Génisson, M. Claude Leteurtre et Mme Jacqueline Fraysse ont **retiré** leurs amendements.*

*Puis elle **adopte** un amendement du rapporteur tendant à faire figurer, parmi les ressources dont disposent les établissements publics de santé, une nouvelle catégorie intitulée « Autres produits ou ressources », afin d'éviter tout risque de rejet d'une recette par le comptable public au motif que celle-ci ne pourrait pas être rattachée à un élément de la liste des ressources desdits établissements.*

*Après avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** un amendement de Mme Valérie Boyer tendant à préciser que les fondations hospitalières peuvent également remplir des missions culturelles.*

*Puis elle **adopte** l'article 4 ainsi modifié.*

Article 5

Conseil de surveillance des établissements publics de santé

Afin de souligner symboliquement les évolutions attendues en matière de gouvernance interne des établissements publics de santé, l'article 5 remplace l'ancien conseil d'administration par un nouveau conseil de surveillance dont les compétences sont recentrées sur la définition d'orientations stratégiques et sur des fonctions de contrôle.

Le **I** a pour objet de modifier l'intitulé actuel du chapitre III (« *Conseil d'administration, directeur et conseil exécutif* ») du titre IV (« *Établissements publics de santé* ») du livre I^{er} (« *Établissements de santé* ») de la sixième partie (« *Établissements et services de santé* ») du code de la santé publique pour le renommer « *conseil de surveillance et directoire* ».

Ce changement de dénomination reprend les préconisations du rapport d'avril 2008 de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par M. Gérard Larcher qui proposait de substituer au conseil d'administration un conseil de surveillance et de transformer le conseil exécutif en directoire.

On peut toutefois s'étonner, par rapport à la philosophie générale du projet de loi, qui entend renforcer le rôle du directeur des établissements de santé conformément aux recommandations du rapport précité et à la volonté du Président de la République de doter les établissements publics de santé d'un

véritable « patron », que la fonction de directeur disparaisse de l'intitulé du chapitre où son rôle déterminant est pourtant défini.

1. Pouvoirs du conseil de surveillance

Le **II** procède à une réécriture globale de l'article L. 6143-1 du code de la santé publique définissant les pouvoirs du conseil d'administration que le projet de loi transforme en conseil de surveillance.

a) Pouvoirs de l'actuel conseil d'administration

Les pouvoirs du conseil d'administration des établissements publics de santé sont aujourd'hui détaillés à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique.

Article L. 6143-1 du code de la santé publique

« Le conseil d'administration arrête la politique générale de l'établissement, sa politique d'évaluation et de contrôle et délibère, après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement, sur :

1° Le projet d'établissement et le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1, après avoir entendu le président de la commission médicale d'établissement ;

2° La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment pour les urgences ;

3° L'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, ses modifications, ses éléments annexes, le rapport préliminaire à cet état, ainsi que les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale ;

4° Le plan de redressement prévu à l'article L. 6143-3 ;

5° Les comptes et l'affectation des résultats d'exploitation ;

6° L'organisation interne de l'établissement définie à l'article L. 6146-1 ainsi que les procédures prévues à l'article L. 6145-16 ;

7° Les structures prévues à l'article L. 6146-10 ;

8° La politique sociale et les modalités d'une politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;

9° La mise en œuvre annuelle de la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre, définie par le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;

10° Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, ainsi que les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;

11° Les baux emphytéotiques mentionnés à l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat conclus en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 et les conventions conclues en application de l'article L. 6148-3 et de l'article L. 1311-4-1 du code général des collectivités territoriales, lorsqu'elles répondent aux besoins d'un établissement public de santé ou d'une structure de coopération sanitaire dotée de la personnalité morale publique ;

12° *La convention constitutive des centres hospitaliers et universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;*

13° *La prise de participation, la modification de l'objet social ou des structures des organes dirigeants, la modification du capital et la désignation du ou des représentants de l'établissement au sein du conseil d'administration ou de surveillance d'une société d'économie mixte locale, dans les conditions prévues par le présent code et par le code général des collectivités territoriales ;*

14° *Le règlement intérieur ».*

Si la réforme opérée par l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé de 2005 avait déjà entrepris de recentrer les compétences du conseil d'administration, le rapport d'avril 2008 de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par M. Gérard Larcher a souligné que son rôle est rendu difficile, notamment du fait de sa composition et qu'il convenait en tout état de cause de poursuivre les évolutions engagées afin de « *recentrer ses missions sur la définition de principes et d'orientations, dont la mise en œuvre relèverait de la compétence de la direction* ».

b) Les pouvoirs du nouveau conseil de surveillance

Les compétences du conseil de surveillance sont clairement recentrées sur des fonctions de contrôle.

Cette évolution se traduit par le fait que l'article L. 6143-1 du code de la santé publique dispose désormais que le « *conseil de surveillance exerce le contrôle de l'établissement* » alors que précédemment le conseil d'administration arrêtaient la politique générale de l'établissement.

Il continue de délibérer :

– sur le projet d'établissement (**alinéa 4**). Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il comporte un projet de prise en charge des patients, en cohérence avec le projet médical ainsi qu'avec le projet social. Il doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire. Il définit, dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé et d'actions de coopération. En outre, il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Il comprenait également jusqu'ici les programmes d'investissement et le plan global de financement pluriannuel, mais ce point est modifié au III de l'article 6 (*cf. infra*) ;

– sur la convention constitutive des centres hospitaliers et universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 du code de la santé publique (**alinéa 5**), c'est-à-dire les conventions qui peuvent être conclues par les universités et par les centres hospitaliers régionaux, agissant conjointement, avec d'autres établissements de santé ou organismes publics ou privés susceptibles

d'être associés aux diverses missions définies à l'article L. 6142-1 (enseignements publics médical et pharmaceutique et post-universitaire, recherche médicale et pharmaceutique et enseignements paramédicaux) ;

– et sur le compte financier et l'affectation des résultats (**alinéa 6**).

L'examen du compte financier et l'affectation des résultats restent ainsi de la compétence du conseil de surveillance, dans le cadre de sa mission de contrôle.

Le compte financier

« Le compte financier est le document qui présente, pour chaque exercice clos :

– l'exécution définitive de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), en rappelant le dernier état des prévisions, ce qui permet de vérifier les écarts entre réalisations et les prévisions ;

– le résultat comptable de chaque compte de résultat et leur affectation ;

– le bilan ;

– le tableau de détermination de la capacité d'autofinancement ;

– le tableau de financement définitif avec la variation du fonds de roulement constatée en fin d'exercice ;

– la balance des comptes.

Selon les principes du plan comptable général, le compte financier comprend également une « annexe » destinée à éclairer les éléments du compte financier.

Le compte financier est donc l'élément sur la base duquel les comptes sont arrêtés, ce qui permet de procéder à l'affectation des résultats ».

Source : ministère de la jeunesse et des sports.

Si l'article L. 6143-1 ne mentionne plus certains sujets sur lesquels le conseil d'administration délibérait précédemment, il prévoit parallèlement que le conseil de surveillance délibère sur de nouvelles matières comme le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le président du directoire (**alinéa 7**), toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance (**alinéa 8**) ainsi que sur les statuts des fondations hospitalières (*cf. supra* à l'article 4 du présent projet de loi) créées par l'établissement (**alinéa 9**).

Le **III** vise à une réécriture globale des articles L. 6143-5 et L. 6143-6 qui concernaient la composition du conseil d'administration et les incompatibilités affectant ses membres.

2. Composition du nouveau conseil de surveillance

a) Composition de l'actuel conseil d'administration

Actuellement, le conseil d'administration des établissements publics de santé comprend, aux termes de l'article L. 6143-5 du code de la santé publique trois catégories de membres :

– des représentants des collectivités territoriales. Ces représentants sont désignés, en leur sein, par les assemblées des collectivités territoriales ;

– des représentants du personnel médical, odontologique et pharmaceutique, de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et des représentants du personnel relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires. Le président de la commission médicale d'établissement est membre de droit du conseil d'administration au titre de cette catégorie.

– des personnalités qualifiées et des représentants des usagers. Les personnalités qualifiées comportent au moins un médecin et un représentant des professions paramédicales non hospitaliers.

Les deux premières catégories comptent aujourd'hui un nombre égal de membres.

Il est par ailleurs précisé que :

– dans les établissements comportant des unités de soins de longue durée ou gérant des établissements et des services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale (6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles), un représentant des familles de personnes accueillies dans ces unités ou établissements peut assister, avec voix consultative, aux réunions du conseil d'administration ;

– dans les centres hospitaliers universitaires, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical est membre de droit du conseil d'administration.

La composition des conseils d'administration des établissements publics de santé est différente en fonction du type de l'établissement. Elle a été modifiée par le décret n° 2005-767 du 7 juillet 2005 relatif aux conseils d'administration, aux commissions médicales d'établissements et aux comités techniques des établissements publics de santé, en application de l'ordonnance du 2 mai 2005.

Le nombre de membres et la composition des conseils d'administration sont ainsi variables selon les catégories d'établissements publics de santé.

Composition des conseils d'administration selon le statut de l'établissement

	A	B	C	D
Collège des représentants des collectivités territoriales	8	8	12	6
Le maire de la commune, président de droit	1		1	1
Représentants de la commune	3	1	4	2
Représentants d'autres communes de la région	2		3	2
Le président du conseil général, président de droit		1		
Représentant du département	1	5	2	1
Représentant de la région	1	1	2	
Collège des personnels	8	8	12	6
Représentants de la commission médicale d'établissement, dont le président	4	4	6	3
Le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale intéressée ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical			1	
Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques	1	1	1	1
Représentants des personnels titulaires relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires	3	3	5	2
Collège de personnalités qualifiées et de représentants des usagers	6	6	6	6
Personnalités qualifiées dont un médecin non hospitalier n'exerçant pas dans l'établissement et un représentant non hospitalier des professions paramédicales	3	3	3	3
Représentants des usagers	3	3	3	3
Total	22	22	31	18

A : Centres hospitaliers et centres hospitaliers régionaux ayant le caractère d'établissements publics de santé communaux

B : Centres hospitaliers et centres hospitaliers régionaux ayant le caractère d'établissements publics de santé

C : Centres hospitaliers universitaires ayant le caractère d'établissements publics de santé communaux (à l'exception de Paris, Lyon et Marseille)

D : Hôpitaux locaux ayant le caractère d'établissements publics de santé communaux

Source : « L'Hôpital : obligation de soins, contraintes budgétaires », Bernard Bonnici, La documentation française.

b) Composition du nouveau conseil de surveillance

Par rapport à la composition actuelle, la nouvelle rédaction de l'article L. 6143-5 du code de la santé publique (**alinéa 11**) apporte plusieurs modifications.

Le conseil de surveillance continue de comprendre trois catégories de membres, mais la loi fixe désormais un maximum de quatre personnes pour chaque catégorie, ce qui resserrera en conséquence la taille des conseils de surveillance par rapport à la situation existante.

– La première catégorie (**alinéa 12**) se compose toujours des représentants des collectivités locales mais comprend également, de façon novatrice, des représentants des groupements des collectivités locales. Ces derniers ne sont pas automatiquement des élus, notamment dans le cas des représentants des syndicats de communes (article L. 5212-7 du code général des collectivités territoriales). Par ailleurs, si ces représentants continuent d'être désignés par leurs assemblées délibérantes, la loi ne précise plus que la désignation intervient « *en leur sein* », ce qui semblerait ouvrir la possibilité de désigner des représentants des collectivités locales ou de leurs groupements qui n'appartiendraient pas à leurs assemblées délibérantes. Néanmoins, les informations réunies par le rapporteur montrent qu'il n'est pas envisagé de changement en ce sens et que cette suppression n'emporte donc pas les conséquences évoquées.

– La deuxième catégorie comprend les représentants du personnel médical et non médical de l'établissement. Il n'est plus précisé que le président de la commission médicale d'établissement (CME) est membre de droit du conseil d'administration au titre de cette catégorie. Les modalités de désignation des membres de cette catégorie sont désormais prévues par la loi qui dispose qu'ils sont désignés à parité respectivement par la commission médicale d'établissement et par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au comité technique d'établissement (**alinéa 13**). Le comité technique d'établissement (CTE), créé par la loi du 31 juillet 1991, est un organe consultatif obligatoirement consulté sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, y compris en matière financière.

Le projet de loi ne précise plus que ces deux premières catégories comptent un nombre égal de membres.

– La troisième catégorie regroupe enfin, de façon inchangée, les personnalités qualifiées mais les usagers ne sont plus une catégorie à part entière de cette catégorie et représentent désormais une sous-catégorie des personnalités qualifiées. Par ailleurs, les personnalités qualifiées sont nommées par le directeur général de l'agence régionale de la santé et le nombre des usagers est désormais limité à deux maximum par la loi (**alinéa 14**).

Si la représentation des établissements délivrant des soins de longue durée ou gérant un établissement d'hébergement pour personnes âgées reste inchangée avec un représentant des familles de personnes accueillies dans ces établissements qui peut assister, avec voix consultative, aux réunions du conseil d'administration (**alinéa 21**), il convient de souligner que, dans les centres hospitaliers universitaires, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical perd sa place de membre de droit et n'assiste plus aux séances du conseil de surveillance qu'avec une voix consultative (**alinéa 20**).

La loi précise désormais la présence au sein du conseil de surveillance, avec voix simplement consultative, de deux nouveaux membres :

– Le directeur général de l'agence régionale de santé, qui peut en outre se faire communiquer toutes pièces, documents ou archives et procéder ou faire procéder à toutes vérifications pour son contrôle ainsi que demander l'inscription de toute question à l'ordre du jour (**alinéas 16 à 18**). Il convient toutefois de souligner que le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pouvait déjà siéger, avec voix consultative, au conseil d'administration.

– La réelle nouveauté provient du fait qu'un directeur de caisse d'assurance maladie, désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé, peut désormais assister aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative. En effet, depuis l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée et son décret d'application du 30 octobre 1996, les représentants des organismes d'assurance maladie avaient laissé la place aux représentants des usagers.

Cette nouveauté reprend une préconisation du rapport Larcher qui souhaitait « *introduire, au sein du conseil de surveillance, un représentant de l'assurance maladie disposant d'un droit d'évocation sur la politique de gestion du risque engagée par l'ARS au sein du territoire* » et « *diversifier la composition du conseil pour mieux prendre en compte (...) les financeurs* ». Ce directeur de caisse d'assurance maladie est par ailleurs chargé de présenter un rapport annuel sur l'activité et l'efficacité de l'établissement au regard des objectifs déterminés dans le projet régional de santé, ainsi que sur les prescriptions délivrées en son sein (**alinéa 19**).

Le nombre des membres du conseil de surveillance par catégories, la durée de leur mandat, leurs modalités de nomination et leurs modalités de fonctionnement seront fixés par décret (**alinéa 22**).

3. Présidence du conseil de surveillance

Le projet de loi innove également en matière de désignation du président du conseil de surveillance.

a) Présidence de l'actuel conseil d'administration

L'article L. 6143-5 du code de la santé publique, dans sa rédaction actuelle, distingue entre les établissements de santé communaux et les établissements de santé intercommunaux et interdépartementaux.

La présidence du conseil d'administration des établissements communaux est assurée par le maire, celle du conseil d'administration des établissements départementaux par le président du conseil général.

Toutefois, le président du conseil général ou le maire peuvent renoncer à la présidence du conseil d'administration pour la durée de leur mandat électif. Dans ce cas, le remplaçant est élu par et parmi les membres de la catégorie des représentants des collectivités locales et celle des représentants des personnalités qualifiées et des représentants des usagers.

Dans les établissements intercommunaux et interdépartementaux, le président du conseil d'administration est élu par et parmi la catégorie des représentants des collectivités locales et celle des représentants des personnalités qualifiées et des représentants des usagers.

b) Présidence du conseil de surveillance

Le projet de loi retient la proposition du rapport Larcher d'« *adopter le principe d'une élection du président, en leur sein, par les membres des collèges des élus et des personnalités qualifiées* ».

La nouvelle rédaction proposée de l'article L. 6143-5 dispose ainsi que le conseil de surveillance élit son président parmi les représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements et les personnalités qualifiées (**alinéa 15**).

Comme on l'a vu, cette désignation du président du conseil de surveillance par élection par et parmi la catégorie des représentants des collectivités locales et celle des représentants des personnalités qualifiées et des représentants des usagers était déjà la modalité retenue pour les établissements intercommunaux et interdépartementaux et l'était également lorsque le président du conseil général ou le maire renonçaient à la présidence du conseil d'administration pour la durée de leur mandat électif.

Le projet de loi revient néanmoins à ne plus confier automatiquement au maire la présidence du conseil d'administration des établissements communaux et au président du conseil général celle du conseil d'administration des établissements départementaux.

4. Incompatibilités affectant les membres du conseil de surveillance

L'article L. 6143-6 (**alinéa 23**) relatif aux incompatibilités affectant les membres du conseil de surveillance est entièrement réécrit. L'essentiel du régime

juridique des incompatibilités demeure néanmoins inchangé, les principales modifications tenant à la prise en compte des modifications apportées par le présent projet de loi : la nouvelle dénomination des différents organes des établissements de santé (conseil de surveillance, directoire, ...), la possibilité désormais ouverte à tous les établissements de santé d'assurer une mission de service public quel que soit leur statut et la création d'un nouveau type de contrat de praticiens hospitaliers pour des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus (*cf. infra* à l'article 10).

Ainsi, nul ne peut être membre d'un conseil de surveillance :

– à plus d'un titre (**alinéa 24**) ;

– s'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L. 5 (personnes touchées par une mesure de tutelle entraînant la suppression du droit de vote) et L. 6 (personnes auxquelles les tribunaux ont interdit le droit de vote et d'élection) du code électoral (**alinéa 25**) ;

– s'il est membre du directoire (**alinéa 26**), nul ne pouvant être juge et partie et surveiller un organe dont il est membre ;

– s'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé. Cette disposition vise à écarter toute possibilité de conflit d'intérêt. Toutefois, l'incompatibilité ne s'applique pas aux représentants du personnel lorsque sont en cause des établissements de santé privés qui assurent, hors d'une zone géographique déterminée par décret, l'exécution d'une des missions de service public (**alinéa 27**) définies à l'article 1^{er} (*cf. supra*) ;

– s'il est lié à l'établissement par contrat. Toutefois, certains contrats conclus avec l'établissement n'entraînent pas d'incompatibilité lorsqu'il s'agit de contrats signés par des associations qui organisent dans les établissements de santé l'intervention de bénévoles formés à l'accompagnement de la fin de vie (L. 1110-11 du code de la santé publique), de contrats signés par des associations qui organisent dans les établissements de santé l'intervention de bénévoles qui peuvent apporter un soutien à toute personne accueillie dans l'établissement (L. 1112-5), ou de contrats conclus avec des personnes de droit public et privé dans le cadre d'une participation à des actions de coopération, y compris internationales (L. 6134-1). De même, les membres du personnel médical et non médical ne sont pas concernés lorsqu'ils ont conclu un contrat mentionné à l'article L. 6142-3, L. 6142-5 (contrat entre les universités et les centres hospitaliers régionaux), L. 6154-4 (contrat conclu pour l'activité libérale des praticiens temps plein dans les établissements publics de santé) ou pris en application des articles L. 6146-1 (signature d'un contrat de pôle, *cf. infra* à l'article 8), L. 6146-2 (contrats signés par des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral, *cf. infra* à l'article 8), L. 6152-1 (personnels médicaux recrutés par contrat

sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus, *cf. infra* à l'article 10) ou L. 6152-4 (dans sa rédaction actuelle – et non celle résultant du III de l'article 10 - qui vise les contrats des praticiens des hôpitaux locaux) (**alinéa 28**) ;

– s'il est agent salarié de l'établissement (**alinéa 29**). Toutefois, l'incompatibilité résultant de la qualité d'agent salarié n'est pas opposable aux représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique, ni aux représentants du personnel titulaire de la fonction publique hospitalière (**alinéa 31**) ;

– s'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé (**alinéa 30**).

Le **IV** abroge l'article L. 6143-6-1 du code de la santé publique relatif aux compétences du conseil exécutif des établissements publics de santé. Ce conseil exécutif était une instance créée par l'ordonnance hospitalière du 2 mai 2005 relative à la nouvelle gouvernance des établissements publics de santé, destinée à mettre en place un organe instaurant la cogestion médicale aux côtés de la direction administrative. Cet organe de cogestion entre l'administration des établissements publics de santé et les médecins est remplacé, dans l'article 6 (*cf. infra*) du présent projet de loi, par un directoire.

*

La Commission examine un amendement du rapporteur tendant à substituer aux mots : « Conseil de surveillance et directoire » les mots : « Conseil de surveillance, directeur et directoire » comme intitulé du chapitre III du titre IV du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique.

M. le rapporteur. Le projet de loi donnant plus de pouvoir au directeur, il est logique que celui-ci soit mentionné dans l'intitulé de ce chapitre.

Mme Catherine Génisson. Nous sommes totalement opposés à cet amendement.

La Commission adopte l'amendement.

Elle examine ensuite trois amendements pouvant être soumis à discussion commune. L'amendement de M. Yves Bur tend à préciser que le conseil de surveillance se prononce sur la politique générale de l'établissement ; les amendements identiques de Mme Catherine Génisson et de Mme Jacqueline Fraysse tendent à préciser que ce conseil se prononce sur la stratégie de l'établissement.

M. le rapporteur. Avis défavorable sur l'amendement de M. Yves Bur car la compétence de la politique générale relève plutôt, dans le schéma de gouvernance mis en place par le projet de loi, des attributions du directeur mais avis favorable sur les deux autres amendements.

La Commission adopte l'amendement de Mme Catherine Génisson, cosigné par Mme Fraysse et M. Yves Bur, dont les amendements respectifs sont retirés.

La Commission examine un amendement de M. Yves Bur tendant à préciser que le conseil de surveillance délibère sur la politique de qualité et de sécurité des soins, sur la gestion des risques ainsi que sur les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Cette disposition remet en cause la compétence du directeur définie à l'alinéa 9 de l'article 6. Mais rien n'empêche le conseil de surveillance de demander un rapport annuel sur ces questions.

La Commission rejette cet amendement.

Puis elle examine trois amendements, déposés respectivement par M. Yves Bur, Mme Catherine Génisson et M. Jean-Luc Prével, pouvant faire l'objet d'une discussion commune et tendant à prévoir la consultation systématique du conseil de surveillance au sujet des modalités de coopération de l'établissement dans le cadre d'une communauté hospitalière de territoire (CHT) ou d'un groupement de coopération sanitaire (GCS).

M. le rapporteur. Avis défavorable. Les contrats visés au 5° de l'article 5 sont en premier lieu d'une nature différente des conventions constitutives des CHT et des GCS et ne concernent pas les CHT et les GCS. De plus, l'équilibre voulu dans le texte suppose que tout ce qui a trait aux moyens de mise en œuvre du projet d'établissement, y compris l'adhésion à une CHT ou un GCS, relève du directeur.

M. Jean-Luc Prével. L'adhésion à une CHT ou le programme d'investissement sont des éléments éminemment stratégiques sur lesquels le conseil de surveillance doit évidemment pouvoir se prononcer.

M. le rapporteur. Le conseil de surveillance délibère sur le projet d'établissement mais c'est le directeur qui en assure la mise en œuvre.

M. Yves Bur. Les coopérations ne font pas nécessairement partie du projet d'établissement initial. Elles méritent néanmoins d'être discutées, en particulier par les élus présents au conseil de surveillance.

Mme Michèle Delaunay. Il faut absolument éviter que tout se retrouve dans la seule main du directeur. Les élus ont à se prononcer sur des investissements qui engagent leur territoire.

La Commission adopte l'amendement de M. Yves Bur, cosigné par les commissaires des groupes SRC et Nouveau Centre ; les amendements de Mme Catherine Génisson et de M. Jean-Luc Prével deviennent sans objet.

La Commission examine ensuite un amendement de M. Jean-Luc Prével précisant que le conseil de surveillance délibère sur le programme d'investissement de l'établissement.

M. le rapporteur. Avis défavorable pour des raisons identiques. Le programme d'investissement relève de la mise en œuvre du projet d'établissement. Il ne faut pas rompre l'équilibre général du texte. Le conseil de surveillance contrôle déjà le compte financier et l'affectation des résultats. Les programmes d'investissement seront donc approuvés ex post.

La Commission rejette cet amendement.

Mme Jacqueline Fraysse retire son amendement visant à permettre aux membres des conseils de surveillance d'être systématiquement consultés sur les modalités de coopération de leur établissement avec d'autres structures au sein des CHT ou des GCS, la Commission ayant précédemment adopté un amendement de M. Bur ayant le même objet.

La Commission examine ensuite deux amendements identiques de Mme Catherine Génisson et de Mme Jacqueline Fraysse tendant à préciser que le conseil de surveillance délibère sur la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Je maintiens que de telles dispositions remettent en cause la compétence du directeur et qu'il est loisible au conseil de surveillance de demander un rapport sur ces sujets.

M. Jean-Marie Le Guen. La question est loin d'être anecdotique. Dans l'organigramme de l'hôpital, la surveillance de la qualité doit être indépendante de la production de soins. Il est fondamental que le conseil de surveillance exerce une tutelle directe dans ce domaine.

Mme Catherine Génisson. Le sujet étant éminemment citoyen, il faut que les élus puissent en délibérer au sein du conseil de surveillance.

La Commission rejette ces amendements.

Puis, après avis favorable du rapporteur qui, ainsi que M. Bur, les cosigne, la Commission adopte deux amendements identiques de Mme Catherine Génisson et de Mme Jacqueline Fraysse tendant à porter à cinq le nombre des représentants du personnel siégeant au conseil de surveillance. L'amendement de M. Yves Bur, tendant au même objet et ayant été soumis à une discussion commune avec ces deux amendements, est retiré.

La Commission adopte ensuite un amendement du rapporteur tendant à rendre facultative la participation des représentants des groupements de collectivités territoriales au conseil de surveillance.

Puis, elle examine les amendements n° 38 et 39 de M. Philippe Boënnec tendant, le premier, à assurer la présence au sein du conseil de surveillance d'au moins un représentant de chaque commune sur le territoire de laquelle l'établissement public de santé est implanté, le second, celle d'au moins un représentant du conseil général lorsque des personnes âgées dépendantes sont résidentes de l'établissement public de santé.

M. le rapporteur. Je suis défavorable au premier amendement de M. Boënnec car il est très fréquent que le territoire d'un établissement s'étende sur plus de cinq communes. Il est en outre préférable de ne pas figer la composition des collèges du conseil de surveillance puisque le nombre des membres par catégories sera fixé par décret.

En revanche, je suis favorable à la présence d'un représentant du conseil général dans les établissements où il existe un EHPAD.

*La Commission **rejette** l'amendement n° 38 de M. Philippe Boënnec et **adopte** l'amendement n° 39 du même auteur.*

*Puis elle **adopte** un amendement du rapporteur tendant à s'assurer que les représentants des collectivités territoriales au conseil de surveillance seront bien des élus.*

Elle examine ensuite deux amendements de M. Patrice Debray et de M. Gérard Gaudron pouvant être soumis à discussion commune et tendant à prévoir que le député de la circonscription où l'établissement est implanté siège au conseil de surveillance.

Mme Monique Iborra. Si l'on prévoit une représentation du conseil général, il faut aussi une représentation du conseil régional.

M. Marcel Rogemont. Un député est le représentant de la nation et non de sa circonscription. En lui attribuant localement une légitimité supplémentaire, on porte atteinte à sa représentativité réelle.

M. le rapporteur. On peut difficilement imaginer qu'un député puisse prendre sa place dans le collège des élus locaux. Cela étant, à titre personnel, je suis favorable à ce qu'il siège parmi les personnalités qualifiées. Le problème est que dans certains CHU, de nombreux députés pourraient être concernés – sans parler des sénateurs. Je propose donc qu'un amendement prévoyant la présence d'un parlementaire dans le collège des personnalités qualifiées soit examiné dans le cadre de l'article 88 du Règlement.

*Les amendements sont **retirés**.*

La Commission examine ensuite deux amendements pouvant être soumis à une discussion commune – le premier de M. Yves Bur, le second de

Mme Jacqueline Fraysse –, tendant à renforcer la représentation du personnel non médical dans le conseil de surveillance des établissements publics de santé.

M. Yves Bur. Dès lors que nous augmentons le nombre d'élus, il paraît normal de renforcer la présence du personnel médical et non médical.

M. le rapporteur. Favorable à l'amendement de M. Yves Bur, sous réserve de ne pas désigner à ce titre le président de la CME puisqu'il siège déjà comme vice-président du directoire.

La Commission adopte l'amendement de M. Yves Bur.

*En conséquence, l'amendement de Mme Jacqueline Fraysse devient **sans objet**.*

Le rapporteur les jugeant satisfaits, la Commission rejette ensuite successivement trois amendements de Mme Catherine Génisson tendant également à renforcer la représentation du personnel non médical.

La Commission examine un amendement de Mme Valérie Boyer visant à garantir la présence du directeur de la recherche dans le conseil de surveillance des centres hospitaliers universitaires.

M. le rapporteur. Cet amendement trouverait une meilleure place au sein du directoire.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine un amendement de Mme Jacqueline Fraysse tendant à modifier le nombre et le mode de nomination des personnalités qualifiées et à garantir la présence d'au moins deux représentants des usagers au sein du conseil de surveillance.

Mme Jacqueline Fraysse. Le texte prévoit la nomination de deux représentants des usagers « au plus ». Cela signifie qu'il pourrait n'y en avoir qu'un, voire aucun. Par ailleurs, nous souhaitons que les nominations ne dépendent pas seulement du directeur de l'ARS.

M. le rapporteur. Défavorable, car il ne me paraît pas nécessaire de faire preuve de tant de rigidité. En outre, dès lors que nous avons décidé de porter à 5 le nombre des personnalités qualifiées et qu'un parlementaire pourrait faire partie des personnalités qualifiées, l'adoption de cet amendement s'opposerait à la présence d'un parlementaire au sein du Conseil de surveillance.

M. Patrick Roy. Mme Fraysse a-t-elle raison de craindre que le collège des personnalités qualifiées ne compte aucun représentant des usagers ?

M. le rapporteur. Le texte prévoit la présence d'au plus deux représentants des usagers.

Mme Michèle Delaunay. Il est donc possible qu'il n'y en ait aucun.

M. le rapporteur. Les représentants des collectivités locales et des élus sont aussi des représentants des usagers.

M. le président Pierre Méhaignerie. De grâce, mes chers collègues, faisons preuve de souplesse ! Les situations sont très différentes d'un secteur à l'autre. En particulier, les usagers sont plus ou moins bien représentés selon les régions.

La Commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite trois amendements identiques, respectivement présentés par Mme Catherine Génisson, M. Yves Bur et M. Jean-Luc Prével, et visant à porter à cinq le nombre de personnalités qualifiées.

Mme Michèle Delaunay. L'objectif est d'élargir la représentation des usagers et des praticiens de médecine libérale.

M. Yves Bur. Dès lors que nous avons augmenté le nombre de représentants des élus, il est logique d'augmenter l'effectif du collège des personnalités qualifiées, et notamment d'améliorer la représentation de la médecine de ville.

M. Jean-Luc Prével. Cette ouverture est d'ailleurs recommandée par le rapport Larcher.

Sur avis favorable du rapporteur, la Commission adopte l'amendement de Mme Catherine Génisson cosigné par M. Yves Bur, M. Jean-Luc Prével et M. Jacques Domergue.

Elle examine ensuite deux amendements pouvant être soumis à une discussion commune, respectivement déposés par Mme Valérie Boyer et Mme Catherine Génisson. L'amendement de Mme Valérie Boyer prévoit la présence d'un membre de la commission des soins infirmiers dans le collège des personnalités qualifiée ; l'amendement de Mme Catherine Génisson prévoit la présence de deux représentants des usagers et d'un représentant des personnels de santé non hospitaliers parmi les personnalités qualifiées.

M. le rapporteur. Le membre de la commission des soins infirmier devrait plutôt siéger parmi les représentants des soins infirmiers dans le collège des personnalités qualifiées. Concernant l'amendement de Mme Génisson, le texte ouvre déjà cette possibilité ; il est donc inutile de la faire figurer de nouveau.

L'amendement de Mme Boyer est retiré.

La Commission rejette l'amendement de Mme Génisson.

Elle examine ensuite deux amendements pouvant être soumis à une discussion commune, respectivement déposés par M. Yves Bur et M. Jean-Luc Prél, et visant également à prévoir la présence d'un représentant des professionnels de santé non hospitaliers parmi les personnalités qualifiées du conseil de surveillance.

M. Yves Bur. Même si je comprends le souci de faire preuve d'une certaine souplesse, il est important qu'un représentant de la médecine de ville siège au conseil de surveillance – par exemple *via* l'Union nationale des professionnels de santé.

M. Jean-Luc Prél. Cela doit être effectivement précisé dans le texte.

M. le rapporteur. Défavorable, au nom de la souplesse et du pragmatisme.

La Commission rejette les deux amendements.

Elle rejette ensuite un amendement de M. Claude Leteurtre visant à prévoir la présence d'un représentant du conseil départemental de l'Ordre des médecins.

M. le rapporteur. Cette présence est utile mais pas indispensable.

Puis elle examine un amendement de M. Dominique Tian prévoyant de créer au sein du conseil de surveillance un quatrième collège comportant au plus quatre représentants des caisses locales d'assurance maladie, dont au moins la moitié émanant des caisses primaires.

M. Dominique Tian. Les trois régimes d'assurance maladie obligatoire (CNAMTS, RSI et MSA), principaux financeurs des établissements, doivent être représentés au conseil de surveillance.

M. le rapporteur. Défavorable. Je rappelle que ce projet de loi concerne aussi bien les plus petits établissements de santé que les grands hôpitaux disposant de plusieurs milliers de lits. Il faut donc faire preuve de souplesse. Je rappelle par ailleurs qu'un directeur de caisse d'assurance maladie désigné par le directeur général de l'ARS assiste déjà aux séances du conseil de surveillance avec voie consultative et que les directeurs des Caisses d'assurance maladie sont déjà présents dans les ARS.

M. Yves Bur. En outre, l'assurance maladie n'est pas demandeuse !

La Commission rejette l'amendement.

La Commission examine un amendement de M. Rémi Delatte prévoyant la nomination d'un suppléant pour chaque membre du conseil de surveillance.

M. le rapporteur. Cette disposition est d'ordre réglementaire.

L'amendement est retiré.

La Commission examine un amendement de Mme Catherine Génisson visant à désigner le président du conseil de surveillance parmi les seuls représentants des collectivités territoriales.

M. le rapporteur. Défavorable. Le président pourrait utilement être une personnalité qualifiée – ou un député.

La Commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite deux amendements – le premier de Mme Catherine Génisson, le second de M. Yves Bur –, autorisant le président et le vice-président du directoire à assister aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

M. Yves Bur. Même si cette possibilité semble aller de soi, elle n'est pas prévue par le texte.

M. le rapporteur. C'est pourtant déjà précisé à l'alinéa 3 de l'article 6 : « Le président du directoire [...] prépare les travaux du conseil de surveillance et y assiste. »

Ces amendements sont retirés.

M. Gérard Bapt. Qu'en est-il du vice-président ?

M. le président Pierre Méhaignerie. Nous verrons cela dans le cadre de l'article 88 du Règlement.

La Commission est saisie d'un amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à supprimer l'alinéa 19 de l'article 5.

M. Jean-Luc Prével. C'est au sein de l'ARS, et non dans le cadre du conseil de surveillance, que le directeur de la caisse d'assurance maladie doit faire part de son avis sur l'activité et l'efficience d'un établissement.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Le rapport de la Commission de concertation présidée par M. Gérard Larcher sur les missions de l'hôpital insiste sur la nécessaire présence d'un représentant de l'assurance maladie au sein du conseil de surveillance. Celui-ci apportera une vision locale qui complétera la vision régionale de l'ARS.

La Commission rejette l'amendement.

Elle rejette également un amendement de M. Dominique Tian par cohérence avec un précédent amendement rejeté par la Commission.

Après l'avis favorable du rapporteur, elle **adopte** un amendement de M. Jean-Luc Prével prévoyant que, dans les établissements délivrant des soins de longue durée, ou gérant un établissement d'hébergement pour personnes âgées, un représentant des familles de personnes accueillies dans les unités ou établissements concernés assiste systématiquement aux réunions du conseil de surveillance.

Elle **adopte** également un amendement rédactionnel du rapporteur tendant à remplacer, à l'alinéa 22 de l'article 5, les mots « leurs modalités de nomination » par les mots « les modalités de leur nomination ».

Elle **adopte** enfin, après avis favorable du rapporteur, un amendement de M. Dominique Tian visant à ce que les modalités de désignation et de fonctionnement du conseil de surveillance des établissements publics de santé ne relèvent pas d'un décret simple, mais d'un décret en Conseil d'État qui assurera une meilleure sécurité juridique du dispositif.

Après le retrait par M. Jean-Luc Prével d'un amendement prévoyant la présence du président et du vice-président du directoire aux séances du conseil de surveillance, la Commission **adopte** successivement deux amendements du rapporteur, le premier corrigeant une référence à la fin de l'alinéa 28, et le second, d'ordre rédactionnel, visant à fusionner les alinéas 29 et 31 pour une meilleure lisibilité.

La Commission **adopte** l'article 5 ainsi modifié.

Article 6

Pouvoirs du directeur et du directoire des établissements publics de santé et contrôle des décisions des établissements publics de santé

L'article 6 a pour objet de faciliter le pilotage des hôpitaux publics par le renforcement des pouvoirs et de l'autonomie du chef d'établissement. A cet effet, le directeur se voit confier la pleine responsabilité de l'établissement de santé. Par ailleurs, l'ancien conseil exécutif devient un directoire, doté de compétences larges en matière de gestion et présidé par le chef d'établissement. Ce directoire, dont le vice-président est le président de la commission médicale d'établissement (CME), devient l'instance au sein de laquelle débattera une équipe de direction composée de cadres administratifs et de cadres médicaux qui assistera le directeur. Enfin, l'article 6 adapte les contrôles exercés sur les décisions de l'établissement public de santé.

1. Les nouveaux pouvoirs du directeur

Le I procède à une réécriture globale de l'article L. 6143-7 du chapitre III (renommé « Conseil de surveillance et directoire») du titre IV (« Établissements publics de santé ») du livre I^{er} (« Établissements de santé ») de la sixième partie (« Établissements et services de santé ») du code de la santé publique.

Cette réécriture a pour objet de conforter, en renforçant ses pouvoirs et son autonomie, et de responsabiliser la fonction de directeur des établissements publics de santé.

a) Les pouvoirs actuels du directeur

Les pouvoirs du directeur se sont historiquement progressivement étendus. Actuellement, ils sont définis à l'article L. 6143-7 du code de la santé publique.

Article L. 6143-7 du code de la santé publique

« Le directeur représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il prépare les travaux du conseil d'administration et lui soumet le projet d'établissement. Il est chargé de l'exécution des décisions du conseil d'administration et met en œuvre la politique définie par ce dernier et approuvée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui sont énumérées à l'article L. 6143-1. Il assure la gestion et la conduite générale de l'établissement, et en tient le conseil d'administration informé. À cet effet, il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.

Le directeur peut déléguer sa signature dans des conditions fixées par décret ».

b) Les nouveaux pouvoirs du directeur

On rappellera que les conditions de nomination des directeurs des établissements publics de santé ont été définies au I de l'article 4 du présent projet de loi (*cf. supra*).

Le directeur conserve la présidence du directoire qui remplace l'ancien conseil exécutif (**alinéa 1**).

Sa prééminence dans la gouvernance des établissements publics de santé est affirmée dès le premier alinéa de la nouvelle rédaction de l'article L. 6143-7 qui dispose que celui-ci « *conduit la politique générale de l'établissement* » (**alinéa 1**), alors que l'ancienne rédaction, si elle indiquait, certes, qu'il « *assure la gestion et la conduite générale de l'établissement* », mentionnait surtout que le directeur mettait en œuvre la politique « *définie* » par le conseil d'administration et approuvée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Il continue, sans changement, à représenter l'établissement dans tous les actes de la vie civile et d'agir en justice au nom de l'établissement (**alinéa 2**).

Le nouveau champ de compétence du directeur est très vaste. Sa compétence reste certes bornée par les affaires de l'établissement qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance, énumérées à l'article L. 6143-1 (**alinéa 3**), comme elle l'était auparavant par les affaires relevant de la compétence

du conseil d'administration, et par la nécessité de consulter les autres membres du directoire dans un certain nombre de domaines mais il dispose désormais, dans toutes les autres affaires de l'établissement, d'une compétence générale.

De façon strictement similaire aux fonctions qu'il exerçait vis-à-vis du conseil d'administration, le directeur prépare les travaux du conseil de surveillance, y assiste et exécute ses délibérations (**alinéa 3**).

Le pouvoir de nomination du directeur dans l'établissement public de santé est explicitement reconnu par la loi même si le directeur nommait déjà, gérant et sanctionnait le personnel des établissements publics de santé dans le cadre du statut de la fonction publique issu des lois du 13 juillet 1983 et du 9 janvier 1986. Il est désormais précisé que le directeur nomme dans leur emploi les directeurs adjoints et les directeurs des soins de l'établissement. De la même façon, son rôle est renforcé en matière de gestion du personnel puisque la loi dispose désormais que c'est le directeur qui propose au directeur général du centre national de gestion (CNG), sur proposition du chef de pôle, lorsqu'il existe, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, la nomination, dans les conditions fixées par voie réglementaire, des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques qui consacrent tout ou partie de leurs activités dans l'établissement public de santé (**alinéa 4**).

L'**alinéa 5** dispose de façon inchangée par rapport au droit actuel que le directeur « *exerce son autorité sur l'ensemble du personnel* ». Cette autorité s'exerce de façon différenciée selon les acteurs. Il s'agit d'une autorité hiérarchique qui s'exerce sur le personnel non médical, excepté le pharmacien qui est nommé par le ministre chargé de la Santé, tandis que son autorité d'organisation s'étend au personnel médical. Dès l'arrêt Choudet du 27 mai 1964, le Conseil d'État avait en effet rappelé que les médecins ne pouvaient s'opposer au pouvoir d'organisation du directeur. Il convient néanmoins de souligner que le présent projet de loi ne reprend pas la formulation de l'article L. 6143-7 dans sa rédaction actuelle qui rappelait les limites de ce pouvoir en précisant qu'il s'exerce « *dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art* ».

L'**alinéa 6** dispose que le directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il s'agit ici de consacrer dans la loi une compétence dont le directeur d'un établissement public de santé disposait déjà puisque c'est lui qui assure aujourd'hui l'ordonnancement des dépenses et l'émission des titres de recettes. Le projet de loi ne revient pas sur la règle, traditionnelle en matière de comptabilité publique, de séparation de l'ordonnateur et de l'agent comptable qui est parfois présentée comme un obstacle à une gestion plus souple des établissements de santé.

Le même **alinéa 6** dispose que le directeur a le pouvoir de transiger. En droit civil, la transaction, résultat du pouvoir de transiger, désigne la convention par laquelle chacune des parties, décide d'abandonner, tout ou partie de ses prétentions pour mettre fin au différend qui l'oppose à l'autre. La transaction est ainsi une convention comportant des concessions réciproques des parties, ayant entre elles autorité de la chose jugée, stipulant des engagements réciproques interdépendants. Les juges du fond apprécient souverainement l'existence de concessions réciproques dont la présence implique que les accords des parties soient qualifiés de transaction. (Cour de cassation, 3e Civ., 28 novembre 2007).

Enfin, l'**alinéa 6** conserve au directeur le pouvoir de déléguer sa signature dans des conditions déterminées par décret. On rappelle que la délégation de signature se présente comme une simple modalité de l'organisation interne d'un service et vise seulement à décharger le délégant d'une partie de son activité en lui permettant de désigner un délégataire qui prendra des décisions au nom du délégant. Elle ne fait pas perdre à son auteur l'exercice de sa compétence. Elle est personnelle (*intuitu personae*) et disparaît dès qu'un changement se produit soit dans la personne du délégant, soit dans celle du délégataire. Cette délégation ne peut viser seulement que certaines attributions du délégant. Le bénéficiaire d'une délégation de signature ne peut pas subdéléguer la signature qu'il a reçue. S'il est empêché ou absent, le délégant peut suppléer cette carence, en accordant une délégation de signature à la ou aux personnes remplaçant temporairement le délégataire.

La grande nouveauté dans les compétences du directeur vient de l'inscription dans la loi de toute une série de pouvoirs, en grande partie nouveaux, qui viennent renforcer son autorité et qui s'exercent de façon relativement autonome, le directeur devant simplement se contenter de consulter les autres membres du directoire (**alinéa 7**).

Ces pouvoirs propres du directeur consistent à :

– conclure le contrat pluriannuel (*cf. supra* à l'article 3) mentionné à l'article L. 6114-1 (**alinéa 8**) ;

– arrêter le projet médical de l'établissement et décider de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment pour les urgences (**alinéa 9**) ;

– arrêter le bilan social et définir les modalités d'une politique d'intéressement (**alinéa 10**) ;

– déterminer le programme d'investissement (**alinéa 11**). Toutes les opérations de travaux et les opérations concernant les équipements matériels lourds prévues par un établissement de santé doivent en effet être rattachées à un programme d'investissement. Actuellement, ceux-ci sont soumis à délibération du conseil d'administration (CA) des établissements de santé et approbation de

l'ARH. L'article 6 donne la responsabilité de la détermination des programmes d'investissement au président du directoire, après consultation du directoire ;

– fixer l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales (**alinéa 12**).

L'EPRD étant un outil de prévision budgétaire, il importe que le dirigeant principal de l'établissement en soit désormais pleinement responsable.

L'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD)

« La mise en place de la tarification à l'activité (T2A) dans le champ des activités « MCOO » (médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie) initiée par le Plan Hôpital 2007 s'est accompagnée d'une réforme du régime budgétaire et comptable des établissements de santé antérieurement sous dotation globale, afin de :

– responsabiliser davantage les établissements, dans un contexte de reports de charges croissants ;

– donner une souplesse de gestion requise par un système dans lequel les ressources des établissements ne sont plus garanties ex-ante, mais seront fonction de l'activité médicale réellement effectuée.

La réforme budgétaire et comptable s'est traduite par l'instauration, dès 2006, de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) qui remplace l'ancien budget limitatif.

Outil prévu par le décret de 1962 portant règlement général sur la comptabilité publique, l'EPRD est « l'acte par lequel sont prévues et autorisées les recettes et les dépenses des organismes publics ». Il s'agit de la même définition que le budget.

Les principales novations introduites par l'EPRD consistent en :

– la mise en exergue des enjeux financiers (au lieu de l'affichage d'un équilibre budgétaire qui était parfois virtuel) : la ligne d'équilibre de l'EPRD est la variation du fonds de roulement ⁽¹⁾ et le lien entre l'exploitation et l'investissement est objectivé par la capacité d'autofinancement (CAF) ⁽²⁾ ;

– l'inversion du modèle et la responsabilisation des acteurs : les établissements publics de santé sont passés d'une logique d'autorisations de dépenses à une prévision de recettes, laquelle conditionne les dépenses que l'établissement peut engager. Auparavant, l'évolution des dépenses était encadrée par l'autorité de tarification. Depuis 2006, l'établissement est responsable de ses prévisions. L'EPRD doit faciliter le pilotage de l'établissement sur un plan financier, face à des recettes qui ne sont plus certaines et donc à un équilibre qui ne peut plus être garanti a priori : en conséquence les dépenses doivent être adaptées en permanence aux possibilités de financement réelles de l'établissement. L'activité de l'établissement détermine les recettes attendues, donc les dépenses finançables et le résultat financier qui en découle.

(1) Le fonds de roulement représente la part des ressources de long terme disponibles pour financer des emplois courts.

(2) La CAF représente les ressources potentielles qui sont dégagées par l'exploitation et permettront notamment d'investir ou de rembourser des dettes antérieures.

– l'EPRD est soumis à un régime d'approbation tacite (sauf exception) de la part de l'ARH ;

– l'existence de crédits évaluatifs (mais les crédits afférents aux rémunérations demeurent très majoritairement limitatifs) ;

– la possibilité de faire apparaître, dès le stade de la prévision budgétaire, un résultat (excédentaire, voire dans certains cas précis, déficitaire) ;

– une modification du calendrier puisque l'EPRD de l'exercice doit en principe être voté au plus tard le 15 mars de l'exercice considéré. Ce nouveau calendrier est rendu nécessaire par le calendrier de la loi de financement de la sécurité sociale : après sa promulgation, il faut notamment fixer les objectifs, arrêter les dotations régionales et les tarifs, les ARH doivent notifier les dotations et forfaits annuels, avant que les établissements ne puissent procéder à l'évaluation de leurs recettes prévisionnelles.

Le champ d'application de l'EPRD est plus large que celui de la T2A, afin de permettre aux établissements de santé publics et privés antérieurement sous dotation globale de bénéficier des avantages de ce nouvel instrument, même s'ils ne sont pas, ou pas encore, en T2A.

L'EPRD donne lieu à un suivi d'exécution infra-annuel (actuellement, le rythme est quadrimestriel). L'objectif est de vérifier que l'activité, les produits et les charges sont conformes aux prévisions. En cas d'écart significatif, il faut vérifier s'il s'agit d'une question de saisonnalisation ou si l'écart est irréductible. Dans ce cas, et essentiellement s'il s'agit d'une évolution défavorable, l'EPRD doit être modifié ».

De même, la responsabilité de la fixation du plan global de financement pluriannuel (PGFP) est donnée, après consultation du directoire, au président du directoire.

Le plan global de financement pluriannuel (PGFP)

« Le PGFP a pour objet de prévoir, sur au moins cinq ans, les dépenses et les modalités de financement, en exploitation et en investissement, de :

- toutes les opérations qui figurent dans un programme d'investissement,*
- toutes les autres opérations d'équipement (hors équipements matériels lourds),*
- les engagements hors bilan (comme le crédit bail).*

Cette définition montre que les programmes d'investissement sont nécessairement inclus dans le PGFP ».

– arrêter l'organisation interne de l'établissement et conclure les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 (**alinéa 13**) ;

– proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution ou la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre I^{er} de la présente partie (*cf. infra* aux articles 12 et 13) ou aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 (**alinéa 14**) ;

– conclure les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, ainsi que les baux de plus de dix-huit ans (**alinéa 15**) ;

– conclure les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 (**alinéa 16**) ;

– soumettre au conseil de surveillance le projet d'établissement (**alinéa 17**) ;

– conclure les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques (**alinéa 18**) ;

– arrêter le règlement intérieur (**alinéa 19**) ;

– décider de l'organisation du travail et des temps de repos, à défaut d'un accord sur l'organisation de travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement (**alinéa 20**) ;

– présenter à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3 (**alinéa 21**).

L'**alinéa 22** précise que les conditions d'application du présent article, relatives aux modalités de consultation des instances représentatives du personnel seront fixées par décret.

2. Directoire

Le **II** a pour objet d'insérer dans le code de la santé publique trois nouveaux articles L. 6143-7-2 à L. 6143-7-4 destiné à préciser le rôle du directoire, ainsi que celui de son président, qui se substitue à l'ancien conseil exécutif qui a été supprimé par le IV de l'article 5.

a) L'ancien conseil exécutif

L'ancien conseil exécutif se définissait comme un organe de gestion entre l'administration et les médecins.

• *Composition*

La composition du conseil exécutif reflétait la volonté des pouvoirs publics de promouvoir une médicalisation des décisions du conseil. À cet effet, il était composé à parité de représentants de la direction et de représentants du corps médical. Le décret n° 2005-444 du 10 mai 2005 fixe le nombre maximal de membres du conseil exécutif à douze pour les centres hospitaliers et à seize pour les centres hospitaliers universitaires, les hôpitaux locaux étant exclus de cette réforme pour des raisons de taille.

Les représentants de la direction étaient nommés par le directeur, chef d'établissement, et étaient généralement des directeurs responsables de pôles

d'activités administratifs (économat, finances, investissements et travaux, ressources humaines, affaires juridiques) et le directeur du service des soins. Les représentants des médecins étaient, outre le président de la commission médicale d'établissement (CME), les différents chefs de pôles, auxquels s'ajoutait parfois le médecin responsable du département d'information médicale (DIM).

- *Champ de compétences*

Le conseil exécutif bénéficiait de prérogatives importantes puisqu'il désignait, avisait, contribuait et préparait les décisions qui relevaient in fine soit du directeur, soit du conseil d'administration.

Ainsi, le conseil exécutif :

- désignait les professionnels de santé avec lesquels la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques peut conduire des travaux conjoints dans les matières relevant de ses compétences ;

- donnait un avis sur la nomination des responsables de pôles d'activités cliniques et médico-techniques et des chefs de service ;

- contribuait à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan de redressement qui est imposé par le directeur de l'ARH lorsque la situation financière de l'établissement le nécessite ;

- préparait le projet médical ainsi que les plans de formation et d'évaluation ;

- préparait les mesures nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement et du contrat pluriannuel tout en coordonnant et en suivant leur exécution.

b) Composition et attributions du nouveau directoire

L'article L. 6143-7-2 (**alinéa 24**) dispose désormais que le président de la commission médicale d'établissement assure la vice-présidence du directoire. Si le président de la CME était déjà auparavant membre du conseil exécutif, il n'en était pas pour autant le vice-président. Son pouvoir et son rôle essentiel sont donc renforcés et consacrés par le présent projet de loi. Le vice-président du directoire se voit confier le rôle de préparer, en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement qui était jusqu'ici préparé par le conseil exécutif.

L'article L. 6143-7-3 (**alinéa 25**) détaille les attributions du directoire. Celui-ci est chargé de préparer, sur la base notamment du projet médical préparé par le président de la CME, vice-président du directoire, le projet d'établissement qui sera ensuite arrêté par le directeur et soumis au conseil de surveillance. Plus largement, le directoire est chargé de conseiller le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

La composition du directoire est fixée par le nouvel article L. 6143-7-4 (**alinéa 26**).

Le directoire est composé de membres du personnel de l'établissement, dans la limite de cinq membres, ou sept membres dans les centres hospitaliers universitaires, dont son président (le directeur) et son vice-président (le président de la CME). Outre le président de la CME, le directeur peut donc selon les cas s'entourer de trois ou cinq cadres administratifs ou médicaux. La composition du directoire est ainsi fortement resserrée par rapport à celle de l'ancien conseil exécutif afin de mieux valoriser sa fonction exécutive.

On constate par ailleurs un certain recul à l'égard de la dynamique suscitée par la mise en place en 2005 d'une nouvelle gouvernance et la volonté d'instaurer la cogestion médicale aux côtés de la direction administrative puisqu'il n'est plus mentionné que le directoire est composé à parité de représentants de la direction et de représentants du corps médical.

Le rôle prééminent du président du directoire est doublement souligné par le fait que, d'une part, les membres du directoire autres que le directeur, président du directoire, et le président de la CME, vice-président du directoire, sont nommés par le président du directoire de l'établissement, avec néanmoins la nécessité de recueillir l'avis du président de la commission médicale d'établissement pour les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique et que, d'autre part, le président du directoire peut mettre fin à tout moment aux fonctions des membres du directoire, après simple information du conseil de surveillance et avis du président de la CME pour les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique.

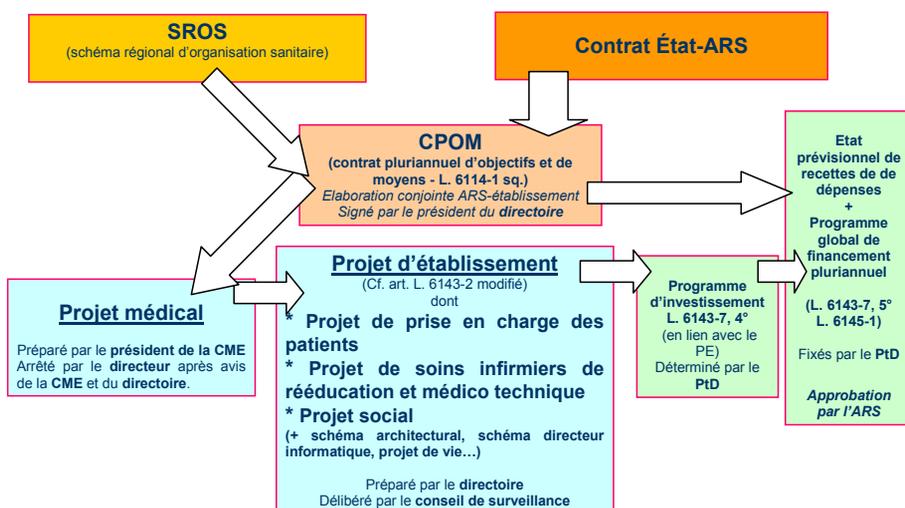
L'**alinéa 27** dispose qu'un décret déterminera la durée du mandat des membres du directoire.

3. Retrait du programme d'investissement et du programme global de financement pluriannuel du projet d'établissement

Le **III** retire du projet d'établissement le programme d'investissement et le programme global de financement pluriannuel (**alinéa 28**).

Le processus des différents projets des établissements de santé peut ainsi être résumé par le graphique suivant.

Processus des projets des établissements de santé



Source : Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports

4. Contrôle des conflits d'intérêt des membres du directoire

Le **IV** remplace les dispositions actuelles de l'article L. 6143-3-2 du code de la santé publique relative à la possibilité pour le directeur de la caisse régionale d'assurance maladie de demander au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation d'engager les procédures de retour à l'équilibre financier et de mise sous administration provisoire par un nouveau dispositif destiné à contrôler les conflits d'intérêt potentiels pour les membres du directoire. Il convient de souligner que l'article du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 procédant à une réécriture globale de l'article L. 6143-3 du code de la santé publique afin de mieux articuler les procédures de traitement des situations de déséquilibre financier des établissements publics de santé ayant été déclaré contraire à la Constitution par le Conseil constitutionnel car n'appartenant pas au champ des lois de financement de la sécurité sociale, le régime juridique des procédures de retour à l'équilibre financier des établissements publics se trouve aujourd'hui fragilisé.

Les nouvelles dispositions de l'article L. 6143-3-2 (**alinéa 30**) dispose que toute convention entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance fait l'objet d'une délibération du conseil de surveillance. Ce pouvoir du conseil de surveillance est d'ailleurs explicitement prévu à l'alinéa 8 de l'article 5 (*cf. supra*).

De la même façon, les conventions auxquelles l'un des membres du directoire ou de du conseil de surveillance est indirectement intéressé ou dans

lesquelles il traite avec l'établissement par personne interposée doivent faire l'objet d'une délibération du conseil de surveillance (**alinéa 31**).

De plus, la personne intéressée est tenue, avant la conclusion de la convention, de déclarer au conseil de surveillance qu'elle se trouve dans une des situations susmentionnées sous peine de révocation de ses fonctions au sein de l'établissement (**alinéa 32**).

5. Caractère exécutoire des délibérations du conseil de surveillance

Le V vise à remplacer les dispositions de l'article L. 6143-4 du chapitre III (renommé « conseil de surveillance et directoire » par le I de l'article 5) du titre IV (« Établissements publics de santé ») du livre I^{er} (« Établissements de santé ») de la sixième partie (« Établissements et services de santé ») du code de la santé publique par des dispositions relatives aux contrôles des délibérations du conseil de surveillance mentionnées à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique et aux décisions du président du directoire mentionnées à l'article L. 6143-7 du code de la santé publique afin de fixer les conditions dans lesquelles ces délibérations et décisions deviennent exécutoires (**alinéa 34**).

L'**alinéa 35** dispose que les délibérations du conseil de surveillance mentionnées aux 2°, 5° et 6° de l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, c'est-à-dire celles qui concernent :

– la convention constitutive des centres hospitaliers et universitaires et les conventions qui peuvent être conclues par les universités et par les centres hospitaliers régionaux, agissant conjointement, avec d'autres établissements de santé ou organismes publics ou privés susceptibles d'être associés aux diverses missions telles que les enseignements publics médical et pharmaceutique et post-universitaire, recherche médicale et pharmaceutique et enseignements paramédicaux,

– toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance,

– et les statuts des fondations hospitalières sont exécutoires si le directeur général de l'agence régionale de santé ne fait pas opposition dans les deux mois qui suivent, soit la réunion du conseil de surveillance s'il y a assisté, soit la réception de la délibération dans les autres cas.

Le même alinéa 35 réserve un traitement particulier aux délibérations mentionnées au 3° de l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, c'est-à-dire celles qui concernent le compte financier et l'affectation des résultats, qui deviennent exécutoires de plein droit dès réception par le directeur général de l'agence régionale de santé.

6. Caractère exécutoire des décisions du directeur

L'**alinéa 36** dispose que, mis à part le cas particulier du 10° de l'article L. 6143-7, c'est-à-dire la soumission au conseil de surveillance du projet d'établissement, l'ensemble des décisions du directeur sont exécutoires de plein droit dès réception par le directeur général de l'agence régionale de santé, à l'exception des décisions mentionnées aux 1° et 5°, c'est-à-dire :

- la conclusion du contrat pluriannuel ;
- la fixation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), du plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale (c'est-à-dire les propositions relatives à la tarification des prestations, fixée par arrêté, qui servira de base à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance maladie) ainsi que, le cas échéant, les propositions de tarifs des activités sociales et médico-sociales qui font l'objet de modalités de contrôle spécifiques.

L'**alinéa 37** dispose que le contrat pluriannuel conclu avec l'agence régionale de santé est exécutoire dès sa signature par l'ensemble des parties.

Par ailleurs, l'**alinéa 38** dispose que l'état des prévisions de recettes et de dépenses, à l'exclusion du rapport préliminaire et des annexes, ainsi que le plan global de financement pluriannuel, sont réputés approuvés si le directeur général de l'agence régionale de santé n'a pas fait connaître son opposition dans des délais et pour des motifs déterminés par décret.

7. Compétence du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale

Le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale est une instance prévue par l'article L. 351-1 du code de l'action sociale et des familles.

Article L. 351-1 du code de l'action sociale et des familles

« Les recours dirigés contre les décisions prises par le représentant de l'État dans le département, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le président du conseil général, séparément ou conjointement, ainsi que par le président du conseil régional et, le cas échéant, par les ministres compétents, déterminant les dotations globales, les dotations annuelles, les forfaits annuels, les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, les remboursements forfaitaires, subventions obligatoires aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 4383-5 du code de la santé publique, les prix de journée et autres tarifs des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux de statut public ou privé et d'organismes concourant aux soins, sont portés, en premier ressort, devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale ».

L'**alinéa 39** attribue une double compétence à ce tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale :

– il est compétent en premier ressort pour statuer en matière contentieuse sur les recours formés contre l’opposition du directeur général de l’agence régionale de santé faite à l’approbation de l’état des prévisions de recettes et de dépenses ou de ses modifications ;

– il est également compétent pour connaître des décisions du directeur général de l’agence régionale de santé prises en application des articles L. 6145-1 (non-approbation de l’état des prévisions de recettes et de dépenses et, le cas échéant, arrêt de l’état des prévisions de recettes et de dépenses), L. 6145-2 (arrêt de l’état des prévisions de recettes et de dépenses lorsque celui-ci n’est pas fixé par le directeur à la date prévue et arrêt des comptes et de l’affectation des résultats d’exploitation au vu du compte financier produit par le comptable lorsque le conseil de surveillance n’a pas pris la délibération prévue à la date fixée), L. 6145-3 (mandatement d’office d’une dépense ou recouvrement d’une recette régulièrement inscrite à l’état des prévisions de recettes et de dépenses en cas de carence de l’ordonnateur), L. 6145-4 (modification de l’état des prévisions de recettes et de dépenses à défaut d’adoption des modifications exigées par le respect de l’objectif national de dépenses d’assurance maladie ou des autres objectifs mentionnés au code de la sécurité sociale) et L. 6145-5 (procédure de mandatement d’office pour le règlement des intérêts moratoires dans le cadre des marchés publics en cas de carence de l’ordonnateur).

8. Recours administratifs

L’alinéa 40 dispose qu’à l’exception des délibérations et décisions relevant du 5° de l’article L. 6143-7 – c’est-à-dire fixant l’état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), le plan global de financement pluriannuel, les propositions relatives à la tarification des prestations fixée par arrêté qui servira de base à la facturation des soins et de l’hébergement des malades non couverts par un régime d’assurance maladie et les propositions de tarifs des activités sociales et médico-sociales – qu’il estime illégales peuvent être déférées par le directeur général de l’agence régionale de santé au tribunal administratif dans les deux mois suivant leur réception. Il doit informer sans délai l’établissement et lui communiquer toute précision sur les illégalités invoquées et peut assortir son recours d’une demande de sursis à exécution.

*

La Commission examine d’abord un amendement de M. Patrice Debray visant à attribuer au directoire certaines fonctions auparavant exercées par le conseil d’administration.

M. Pierre Morange. Cet amendement est retiré.

La Commission examine ensuite un amendement de Mme Catherine Génisson tendant à ce que le directeur ne conduise plus la politique de l’établissement mais la mette en œuvre.

Mme Michèle Delaunay. Le directeur ne conduit pas la politique générale de l'établissement : il la met en œuvre. C'est un exécutant.

M. le rapporteur. Défavorable. Cette proposition est contraire à la philosophie du texte, qui cherche au contraire à renforcer les pouvoirs et l'autonomie du directeur qui se voit confier la pleine responsabilité de l'établissement de santé.

La Commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite un amendement de M. Patrice Debray relatif à la détermination du contingent annuel d'heures supplémentaires dans les hôpitaux.

M. Pierre Morange. Cet amendement est **retiré**. Nous reviendrons sur le sujet dans le cadre de l'article 88 du Règlement.

La Commission examine deux amendements de M. Jean-Luc Prével, pouvant être soumis à une discussion commune.

M. Jean-Luc Prével. Ces amendements proposent deux rédactions différentes pour la fin de l'alinéa 4 de l'article 6.

La première est la suivante : « *Après proposition du chef de pôle, lorsqu'il existe, et après proposition du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du centre national de gestion la nomination des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire. Il joint à sa proposition celles du président de la CME et du chef de pôle.* ».

La seconde est celle-ci : « *Sur proposition du chef de pôle, lorsqu'il existe, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire. Il joint à sa proposition celles du président de la CME et du chef de pôle.* ».

M. le rapporteur. Le premier amendement est contraire à la philosophie du texte car il prévoit une proposition du président de la CME et non un simple avis, ce qui introduit des risques de blocage si le président de la CME n'est pas en accord avec le directeur. En revanche, je suis favorable à la rédaction du second amendement qui prévoit un avis du président de la CME. Dans certains cas, la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux est en outre intéressante.

La Commission rejette le premier amendement et adopte le second.

*En conséquence, un amendement du rapporteur tendant à faire nommer les directeurs adjoints par le centre national de gestion, sur proposition du directeur de l'établissement public de santé, devient **sans objet**.*

La Commission examine ensuite un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à soumettre la nomination des directeurs adjoints et directeurs de soins à un avis de la commission administrative paritaire compétente.

Mme Jacqueline Fraysse. Cette procédure serait de nature à limiter l'arbitraire.

M. le rapporteur. Défavorable, en raison de la lourdeur du dispositif.

Mme Jacqueline Fraysse. Il est certain que la décision d'un seul est plus rapide qu'une décision collective !

*La Commission **rejette** cet amendement.*

Elle examine ensuite un amendement de M. Patrice Debray permettant au président du directoire de déterminer librement les attributions et délégations de ses adjoints.

M. Patrice Debray. Le directeur doit pouvoir se libérer de l'organigramme fixé avant sa nomination.

M. le rapporteur. Je ne puis qu'être défavorable à cette disposition, qui est de nature réglementaire.

*La Commission **rejette** l'amendement.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** un amendement de Mme Catherine Génisson visant à ce que le directeur propose, conjointement avec le président de la CME, au directeur général du Centre national de gestion la nomination des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques.*

Elle examine ensuite un amendement de M. Jean-Luc Prével visant à ce que les nominations des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques soient effectuées après avis de la CME et non de son seul président.

M. le rapporteur. Défavorable. En tout état de cause, le président de la CME est élu par ses pairs et représente l'ensemble des membres de la Commission médicale.

*La Commission **rejette** l'amendement.*

Elle examine ensuite un amendement de M. Patrice Debray tendant à donner au président du directoire le pouvoir de procéder directement à la

nomination des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques sans passer par le Centre national de gestion.

M. Pierre Morange. Cet amendement tend à substituer, dans la troisième phrase de l'alinéa 4 de l'article 6, les mots « procède à » aux mots « propose au directeur général du centre national de gestion ». En effet, si l'on veut rester fidèle à l'esprit de ce texte, le directeur d'établissement hospitalier doit disposer du pouvoir de nomination du personnel statutaire, sans passer par l'intermédiaire du Centre national de gestion, dont la composition est influencée par des paramètres reflétant davantage les influences syndicales que les besoins des territoires. Il convient de mettre fin à un dispositif qui limite la réactivité de la gestion des ressources humaines et sa capacité d'adaptation aux besoins sanitaires de la population.

M. le rapporteur. Il me semble difficile de supprimer l'intermédiaire du Centre national de gestion – lequel, de toute manière, ne fait que donner son accord aux propositions du directeur. Avis défavorable donc, d'autant que cet amendement contredit ce qui a été décidé précédemment.

M. Pierre Morange. Nous souhaitons en fait réviser des mécanismes qui suscitent actuellement certaines difficultés de gestion et sont incapables de s'adapter aux réalités humaines, concernant le personnel soignant comme le personnel administratif, de manière à les rendre cohérents avec la philosophie de ce texte, c'est-à-dire une réforme de l'organisation sanitaire visant à régionaliser celle-ci et à l'inscrire dans des logiques de communautés hospitalières de territoire.

M. Dominique Tian. Je partage complètement le point de vue de Pierre Morange. Une gestion nationale des personnels hospitaliers ne répond pas à la philosophie de ce texte, qui souhaite introduire davantage de souplesse et ne pas restreindre les nominations à une liste de préférences syndicales.

M. le rapporteur. Je comprends votre inquiétude, mais il n'y a eu aucune concertation sur le sujet. Cet amendement est un véritable brûlot ! Mieux vaut rester prudent !

M. Pierre Morange. Voilà qui a le mérite d'être clair ! Je pense cependant que c'est un sujet sur lequel il faudra revenir, sous peine de pervertir la philosophie de ce texte. Nous pourrions ainsi envisager d'interpeller Mme la ministre afin que l'adaptabilité du dispositif aux réalités des territoires soit améliorée.

La Commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite un amendement de Mme Bérengère Poletti visant à ajouter les sages-femmes dans la liste des professionnels médicaux nommés par le Centre national de gestion.

Mme Isabelle Vasseur. La profession de sage-femme est une profession médicale, qui dispose d'un pouvoir de diagnostic et de prescription. Or son exercice au sein des structures hospitalières ne se traduit pas, comme pour les autres professions médicales et la profession de pharmacien, par un statut de praticien hospitalier. Les statuts qui régissent l'emploi des sages-femmes hospitalières sont ceux des professions paramédicales, définis par le titre IV du code de la fonction publique. C'est pourquoi nous souhaitons que le président de l'établissement hospitalier puisse proposer au Centre national de gestion outre la nomination des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques, celles des personnels maïeutiques.

M. le rapporteur. Je partage votre souci de valoriser la profession de sage-femme, mais il y a de meilleurs moyens pour le faire, comme l'intégration à l'université ou la reconnaissance de leurs responsabilités. Par ailleurs, du point de vue pratique, la gestion de près de 20 000 sages-femmes créerait une charge supplémentaire pour le Centre national de gestion : cet amendement tombe donc sous le coup de l'article 40 de la Constitution.

Contre l'avis défavorable du rapporteur, la Commission adopte cet amendement.

La Commission examine un amendement de M. Patrice Debray visant à permettre aux directeurs des établissements hospitaliers de procéder, dans des situations exceptionnelles, à la mise en recherche d'affectation auprès du CNG des équipes de direction sans que l'avis de la commission administrative paritaire compétente soit requis.

M. Pierre Morange. Parfois, les chefs d'établissement sont tributaires d'adjoints, nommés antérieurement à leur arrivée et qui refusent de s'adapter aux situations de crise, notamment en matière budgétaire.

Il ne s'agit pas d'un cas d'école. Dans ma circonscription, le centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain-en-Laye présente un déficit cumulé de 150 millions d'euros, soit l'un des plus élevés de France : son directeur doit avoir les moyens de gérer les ressources humaines et de recomposer son équipe de direction, en demandant le placement de certains de ses adjoints en recherche d'affectation – après avis, pour le moment du directeur de l'ARH, puis de l'ARS, et dans le respect des protections statutaires –, de manière à pouvoir répondre correctement aux obligations des plans de retour à l'équilibre financier.

M. le rapporteur. Le directeur peut déjà le faire – mais je reconnais que la procédure est assez longue et compliquée.

M. Pierre Morange. Il y a les textes, et il y a la pratique ! Aujourd'hui, la gestion des carrières empêche de fait la recomposition des équipes de direction. Certaines personnes restent en place, bien qu'elles ne respectent pas les directives de l'ARH. C'est une situation que l'on retrouve dans l'ensemble du territoire français – les médias en parlent suffisamment.

Il s'agit non pas de favoriser un potentat local, mais de dynamiser la gestion des ressources humaines et de veiller au bon usage du denier public dans le domaine sanitaire. D'ailleurs, je note que mes propos sont approuvés par l'ensemble de mes collègues, ce qui prouve que la question transcende les clivages politiques.

M. le rapporteur. Je comprends votre souci d'efficacité, mais je vous signale que votre proposition bouleverse les règles de la fonction publique hospitalière !

M. Pierre Morange. L'amendement précise que les personnels concernés ne subiront aucun préjudice matériel, notamment en matière de rémunération. L'objectif est de permettre une gestion dynamique des équipes dirigeantes dans des situations d'urgence budgétaire.

Mme Jacqueline Fraysse. Il est vrai que la question mérite débat. Qu'on souhaite trouver des solutions à des situations bloquées, cela est légitime. Que l'on révisé les procédures pouvant favoriser ces blocages, pourquoi pas ? Mais ces mesures ne sont pas du ressort de ce projet de loi puisque, comme vient de le rappeler M. le rapporteur, elles touchent au statut de la fonction publique hospitalière.

Ce que M. Morange nous propose reviendrait à tomber dans l'excès inverse, en donnant à une seule personne un pouvoir exorbitant : « débarquer » un collaborateur est une mesure grave, qu'on ne peut prendre tout seul !

Par ailleurs, il faut faire attention à ce que l'on dit sur la représentation syndicale. Dans un pays démocratique, on doit la respecter, même si cela impose de négocier et que cela prend plus de temps qu'une décision unilatérale !

Je le répète, la démocratie prend du temps !

M. Jacques Domergue. Aujourd'hui, la question se règle par une mise au placard, ce qui n'est bénéfique pour personne. Si cet amendement peut faciliter la réintégration dans un autre établissement, tant mieux !

M. Pierre Morange. Madame Fraysse, je précise que cet amendement ne vise en aucun cas à porter atteinte aux protections statutaires : il tend au contraire à préserver les intérêts matériels des fonctionnaires dans le cadre d'une gestion rationalisée et réactive, susceptible de faire face à des situations d'urgence.

M. Yves Bur. C'est un problème que nous rencontrons dans toutes les collectivités locales. Il importe de donner de véritables pouvoirs aux directeurs d'établissements, notamment quand la situation financière est critique. Sans remettre en cause la protection statutaire des personnels, je me demande toutefois si le Centre de gestion national réussira à les reclasser. Assurera-t-il un véritable retour à l'emploi ou se contentera-t-il de financer des chômeurs de longue durée ?

Contre l'avis défavorable du rapporteur, la Commission adopte l'amendement.

La Commission examine un amendement de M. Claude Leteurre précisant que l'autorité du directeur de l'établissement hospitalier s'exerce dans le respect des règles déontologiques des professions de santé.

M. Claude Leteurre. Cela va sans dire, mais cela va mieux en le disant... D'ailleurs, je ne fais que reprendre la rédaction de l'avant-projet de loi. La finalité de ce texte est quand même la défense du patient !

Après avis favorable du rapporteur, la Commission adopte cet amendement.

La Commission examine un amendement de M. Yves Bur visant à donner au directeur de l'établissement hospitalier autorité sur le comptable public, dans le respect de ses attributions.

M. Yves Bur. Il s'agit là encore de permettre une gestion plus dynamique, sans pour autant totalement remettre en cause la séparation des ordonnateurs et des comptables.

M. le rapporteur. Il y a donc des révolutionnaires sur tous les bancs de l'Assemblée ! La remise en cause du sacro-saint principe, en comptabilité publique, de la séparation de l'ordonnateur et du comptable m'oblige à émettre un avis défavorable.

La Commission rejette cet amendement.

La Commission adopte un amendement rédactionnel du rapporteur.

La Commission examine un amendement de Mme Catherine Génisson précisant que le directeur arrête le projet médical de l'établissement après avis de la commission médicale d'établissement et décide, conjointement avec le président de la CME, de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que de la politique d'accueil et de prise en charge des usagers.

Mme Michèle Delaunay. Le manque de médecins hospitaliers a été souligné. Ce n'est pas en les écartant de l'élaboration du projet médical d'établissement et de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins que nous les attirerons !

M. le rapporteur. Avis défavorable : une décision conjointe est une source de blocage potentiel. En outre, le président de la commission médicale d'établissement est déjà consulté.

M. Patrick Roy. Je ne vois pas en quoi donner davantage de motivation au personnel médical serait une source de blocage !

*La Commission **rejette** cet amendement.*

Elle est saisie d'un amendement de Mme Valérie Boyer tendant à préciser que le projet médical arrêté par le directeur comprend également un projet soignant.

Mme Valérie Boyer. Dans le même esprit que précédemment, nous souhaitons faire référence au travail du personnel soignant dans le projet médical arrêté par le président de l'établissement hospitalier.

*Après avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** cet amendement.*

Elle examine ensuite cinq amendements pouvant être soumis à une discussion commune et tendant à préciser les conditions dans lesquelles le projet médical de l'établissement est arrêté par le directeur.

Le premier, émanant du rapporteur, précise que le projet médical est « préparé par le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire ». Le deuxième et le troisième, présentés respectivement par M. Yves Bur et Mme Jacqueline Fraysse, sont identiques et visent à indiquer que le projet médical est arrêté « après avis de la commission médicale d'établissement ». Le quatrième, de Mme Catherine Génisson, propose que le projet médical soit arrêté « en accord avec le président de la commission médicale d'établissement », tandis que le cinquième, présenté par M. Jean-Luc Préel, impose que le projet médical soit « adopté par la CME ».

M. Yves Bur. Il convient de demander l'avis de la commission médicale d'établissement sur le projet médical de l'établissement.

M. le rapporteur. Avis favorable. D'ailleurs, je retire mon amendement au profit du vôtre.

Mme Jacqueline Fraysse. Je fais de même.

*La Commission **adopte** l'amendement de M. Yves Bur, que Mme Jacqueline Fraysse et le rapporteur acceptent de cosigner.*

*En conséquence, les amendements de Mme Catherine Génisson et de M. Jean-Luc Préel deviennent **sans objet**.*

*Après avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** un amendement de Mme Catherine Génisson tendant à indiquer que le directeur ne « décide » pas de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins mais l'« arrête ».*

La Commission examine un amendement de M. Dominique Tian visant à assigner au directeur de l'établissement hospitalier la mission de déterminer la politique et le programme d'externalisation des services autres que les soins.

M. Pierre Morange. Cet amendement s'inscrit parfaitement dans la logique du projet de loi telle qu'elle nous a été exposée par le rapporteur.

M. le rapporteur. Avis défavorable : le recours à l'externalisation est une simple modalité de gestion de l'établissement qui n'a pas à figurer dans les attributions législatives du directeur.

La Commission rejette cet amendement.

Elle examine ensuite un amendement de Mme Catherine Génisson visant à imposer que l'organisation interne de l'établissement soit arrêtée sur la base du projet médical et que les contrats de pôles d'activité soient conclus par le directeur conjointement avec le président de la CME.

Mme Michèle Delaunay. Il importe de préciser que le projet d'établissement doit être fondé sur le projet médical et d'associer le président de la CME à la conclusion des contrats de pôles d'activité.

Après avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette cet amendement.

La Commission examine un amendement de M. Jean-Luc Préel visant à ce que les propositions du directeur au directeur général de l'agence régionale de santé en matière de participation à une CHT, un CGS ou un réseau de santé s'effectuent avec l'accord du conseil de surveillance.

M. Jean-Luc Préel. Il est souhaitable de demander l'accord du conseil de surveillance avant de proposer l'adhésion aux communautés hospitalières de territoires.

M. le rapporteur. Je propose à Jean-Luc Préel de cosigner avec lui un amendement rectifié tendant à substituer un avis à l'accord du conseil de surveillance.

La Commission adopte l'amendement ainsi rectifié.

Puis, après avis défavorable du rapporteur, elle rejette un autre amendement de M. Jean-Luc Préel visant à inclure le projet médical et le programme d'investissement dans le projet d'établissement soumis au conseil de surveillance.

La Commission adopte un amendement rédactionnel du rapporteur.

Elle examine ensuite trois amendements identiques, respectivement présentés par M. Yves Bur, Mme Bérengère Poletti et M. Claude Leteurtre, tendant à permettre au directeur de l'établissement de tirer les conséquences en termes de management médical des opérations de restructuration.

M. Yves Bur. Les recompositions de l'offre de soins hospitalière, encouragées par le projet de loi, sont susceptibles de générer des suppressions de postes médicaux. Il convient donc de permettre au président du directoire d'en tirer les conséquences en terme de management médical, c'est-à-dire de mettre fin aux fonctions des praticiens concernés.

M. le rapporteur. Avis défavorable à ces trois amendements : cette disposition est déjà prévue à l'alinéa 57 de l'article 13 du projet de loi dans le chapitre sur la coordination de l'évolution du système de santé par l'ARS.

Les trois amendements sont retirés.

La Commission examine un amendement de M. Patrice Debray, visant à faire désigner par le directeur l'ensemble des représentants de l'administration aux commissions administratives paritaires locales.

M. Pierre Morange. Cet amendement est retiré. Nous le réécrivons et le représenterons dans le cadre de l'article 88 du Règlement.

La Commission examine un autre amendement de M. Patrice Debray visant à assouplir la gestion du temps de travail dans la fonction publique hospitalière en décontingentant les heures supplémentaires.

M. Pierre Morange. Il est légitime que – dans le respect du code du travail, de la réglementation et des dispositions statutaires – le directeur de l'établissement hospitalier puisse attribuer un contingent annuel d'heures supplémentaires par catégorie d'agents, afin d'adapter les temps professionnels aux temps sanitaires et d'assurer la continuité du service public.

M. le rapporteur. Avis défavorable. D'abord, il existe déjà un dispositif national régissant l'utilisation des heures supplémentaires. Ensuite, l'utilisation des heures supplémentaires relève de l'organisation générale de chaque établissement.

La Commission rejette cet amendement.

Elle examine ensuite un amendement de Mme Catherine Génisson tendant à préciser le rôle, le statut et les missions du président de la CME.

M. le rapporteur. Avis défavorable : un des amendements que je présenterai ultérieurement satisfera pour partie la préoccupation que traduit le présent amendement puisqu'il précise que le président de la CME coordonne la politique médicale de l'établissement sous l'autorité du directeur.

La Commission rejette l'amendement de Mme Catherine Génisson.

Elle examine un amendement de M. Yves Bur tendant à affirmer l'importance du président de la CME dans le fonctionnement de l'établissement.

M. Yves Bur. Il s'agit d'associer expressément la communauté médicale à la définition du projet médical.

M. le rapporteur. Avis défavorable. L'amendement précité que nous examinerons sous peu définit plus précisément le rôle du vice-président de la CME et devrait vous donner satisfaction.

L'amendement est retiré.

La Commission adopte un amendement rédactionnel du rapporteur.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette ensuite un amendement de Mme Jacqueline Fraysse tendant à indiquer que la préparation par le vice-président du directoire du projet médical s'effectue en concertation avec la communauté médicale de l'établissement.

Puis elle examine un amendement de M. Yves Bur tendant à indiquer que le vice-président du directoire coordonne la mise en œuvre du projet médical.

M. le rapporteur. Avis défavorable, la rédaction de l'amendement que je vous propose, qui répond au même objectif, me semble plus satisfaisante.

L'amendement est retiré.

La Commission examine un amendement du rapporteur tendant à expliciter le rôle du président de la commission médicale d'établissement en tant que coordonnateur de l'activité médicale au sein de l'établissement, sous l'autorité du directeur.

Mme Jacqueline Fraysse. Je ne cosignerai pas l'amendement car, si j'en approuve la première partie, je ne vois pas l'utilité de spécifier que la coordination s'exercera « sous l'autorité du directeur » : cela va de soi, il a les pleins pouvoirs.

La Commission adopte l'amendement, que M. Yves Bur accepte de cosigner.

Elle examine ensuite un amendement de Mme Valérie Boyer tendant à l'élaboration d'un « projet médical et soignant ».

Mme Valérie Boyer. Cet amendement a pour objectif de faire référence au travail du personnel soignant dans le projet médical.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Cet amendement complexifie inutilement le texte mais la préoccupation de prendre en considération le personnel soignant ne m'est pas pour autant étrangère.

M. le président Pierre Méhaignerie. L'objectif de valoriser le personnel soignant est effectivement louable.

M. le rapporteur. C'est pourquoi l'amendement que nous examinerons ultérieurement répondra à cette préoccupation. En prévoyant que le président de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique est membre du directoire, il reconnaît pleinement le rôle de l'équipe soignante.

Mme Valérie Boyer. Cela ne devrait pas empêcher de valoriser les soignants à tous les niveaux de l'organisation de l'hôpital.

M. le président Pierre Méhaignerie. Cela se conçoit car l'évolution de la démographie médicale conduira à leur déléguer un nombre croissant de tâches.

M. Jean-Marie Le Guen. La question posée est légitime mais la réponse ne doit pas consister à juxtaposer des projets alors que l'on recherche une synthèse. Que les personnels non médecins soient consultés lors de l'élaboration du projet d'établissement, soit, mais l'unicité du projet doit demeurer et, dans un hôpital, il ne peut s'agir que d'un projet médical. Pour que l'ensemble de la communauté hospitalière soit impliqué dans la définition du projet, il faut travailler à une meilleure articulation de toutes les catégories de personnel.

Mme Valérie Boyer. C'est pourquoi je souhaitais que le projet change d'intitulé pour devenir « projet médical et soignant ».

L'amendement est retiré.

Après avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette un amendement de Mme Jacqueline Fraysse tendant à ce que le projet d'établissement soit préparé par le directoire en concertation avec la commission médicale d'établissement.

La Commission examine ensuite un amendement de M. Claude Leteurtre et un autre de Mme Catherine Génisson tendant à modifier la composition du directoire.

M. le rapporteur. Avis défavorable pour ces deux amendements qui rigidifient excessivement la composition du directoire mais je propose ultérieurement un amendement qui répond à la préoccupation de Mme Génisson en précisant que les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique sont majoritaires au sein du directoire.

La Commission rejette ces deux amendements.

La Commission examine ensuite trois amendements pouvant faire l'objet d'une discussion commune, présentés respectivement par M. Yves Bur, Mme Catherine Génisson et Mme Jacqueline Fraysse, et tendant à laisser une certaine souplesse au directeur de l'établissement dans la constitution du directoire.

M. Yves Bur. Un directoire de cinq membres peut-il vraiment diriger un CHU où travaillent des milliers de personnes ? On ne perdrait pas en efficacité à lui adjoindre des personnalités compétentes.

M. le rapporteur. Je me propose de répondre à cette préoccupation dans deux amendements à venir, qui préserveront le caractère resserré du directoire tout en élargissant, dans des limites plus strictes, le nombre des membres du directoire. Mon avis sera, pour cette raison, défavorable aux trois amendements.

L'amendement de M. Yves Bur est retiré.

Mme Jacqueline Fraysse. L'amendement que j'ai déposé permettrait à la fois souplesse et ouverture en laissant le directeur de tout établissement, quel qu'en soit le statut, apprécier au cas par cas quel doit être le nombre de membres du directoire dans une limite de douze membres.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette les amendements de Mme Catherine Génisson et de Mme Jacqueline Fraysse.

Puis elle adopte deux amendements du rapporteur, cosignés par M. Yves Bur, qui portent le nombre maximum des membres du directoire à sept dans les centres hospitaliers et à neuf dans les CHU.

La Commission examine ensuite un amendement du rapporteur instituant membre du directoire le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique.

M. le rapporteur. Le directoire a vocation à rassembler autour du directeur des cadres du personnel soignant de l'établissement. Le directeur des soins dispose d'une vision transversale de l'établissement, indispensable à l'organisation de l'hôpital, et d'une expertise spécifique sur les questions de qualité des soins infirmiers. Il est donc essentiel qu'il soit membre du directoire.

La Commission adopte l'amendement, cosigné par Mme Valérie Boyer.

Elle examine un amendement du rapporteur établissant expressément que les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique sont majoritaires au sein du directoire.

M. le rapporteur. Voilà qui apaisera certaines préoccupations quant à la place faite au personnel médical dans l'établissement.

La Commission adopte l'amendement.

Elle examine ensuite un amendement de Mme Catherine Génisson tendant à ce que la représentation des médecins, pharmaciens et odontologues soit assurée pour moitié au moins par des chefs de pôle.

Mme Catherine Génisson. Cet amendement vise à affirmer l'importance des chefs de pôle qui doivent avoir toute leur place puisqu'ils représentent le management et le « leadership » médical de proximité.

M. le rapporteur. Avis défavorable, car tous les établissements n'ont pas de pôles en nombre suffisant.

La Commission rejette l'amendement.

M. Yves Bur retire ensuite un amendement tendant à ce que les autres membres du directoire soient nommés par le président du directoire conjointement avec le président de la CME pour les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette un amendement de Mme Catherine Génisson précisant que les membres du directoire sont nommés conjointement par le président du directoire et par le président de la CME, et un amendement de Mme Jacqueline Fraysse selon lequel le président de la CME émet un avis conforme sur ces nominations.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette également un amendement de Mme Jacqueline Fraysse tendant à affirmer que la représentation médicale, pharmaceutique et odontologique est assurée au sein du directoire pour moitié au moins par des chefs de pôle.

Puis la Commission rejette un amendement de Mme Catherine Génisson tendant à ce que la révocation des membres du directoire soit effectuée conjointement par son président et par le président de la CME.

La Commission examine ensuite quatre amendements identiques respectivement déposés par M. Yves Bur, Mme Catherine Génisson, M. Claude Leteurtre et Mme Jacqueline Fraysse et d'un amendement présenté par M. Jacques Domergue, tendant à ce que, dans les CHU, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du Comité de coordination de l'enseignement médical fasse partie du directoire.

Suivant l'avis favorable du rapporteur, elle adopte l'amendement de M. Yves Bur, cosigné par Mme Catherine Génisson, M. Claude Leteurtre, Mme Jacqueline Fraysse et M. Jacques Domergue, les quatre autres amendements étant retirés.

La Commission examine ensuite un amendement du rapporteur tendant à mieux articuler les procédures de traitement des déséquilibres financiers des établissements publics de santé (plan de redressement et mise sous administration provisoire).

M. le rapporteur. Ces dispositions, adoptées par le Parlement dans l'article 55 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, ont été censurées par le Conseil constitutionnel qui y a vu un « cavalier ». Il convient donc de rétablir la procédure prévue, qui permet dans un premier temps au directeur de l'ARS de faire mettre en place un plan de redressement par le directeur et, si cela ne suffit pas, dans un second temps, de nommer un

administrateur provisoire pour assurer les fonctions du conseil de surveillance ou du président du directoire, voire les deux simultanément.

M. Pierre Morange. Cet excellent amendement, que je suis prêt à cosigner, ne rend que plus judicieux l'amendement, adopté par la Commission, par lequel je demandais une gestion plus dynamique des équipes de direction.

M. Yves Bur. Il est patent que les contrats de retour à l'équilibre signés par les établissements de santé sont restés sans effet, comme l'IGAS l'a constaté dans un rapport sanglant. Des mesures rigoureuses doivent donc être prises pour responsabiliser davantage l'ensemble des acteurs. Je cosignerai cet amendement, que j'avais défendu lors de l'examen du PLFSS.

La Commission adopte l'amendement.

Elle adopte ensuite un amendement rédactionnel du rapporteur.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à supprimer le droit de veto dont dispose le directeur général de l'ARH sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses de l'établissement.

Puis elle adopte ensuite un amendement rédactionnel de Mme Jacqueline Fraysse, sur avis favorable du rapporteur, ainsi qu'un amendement rédactionnel du rapporteur.

La Commission examine un amendement de M. Patrice Debray permettant au directoire et au conseil de surveillance d'adopter une motion de défiance à l'égard du directeur.

M. Patrice Debray. Une fois adoptée, cette motion de défiance serait transmise au directeur général de l'ARH, qui pourrait alors demander le changement d'affectation du directeur concerné.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Il n'est pas besoin d'inscrire une telle disposition dans la loi. La défiance peut déjà s'exprimer au travers d'articles dans la presse locale ou de lettres adressées au ministre !

La Commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite un amendement de M. Patrice Debray permettant aux établissements qui le souhaitent de gérer directement leurs crédits tendant à financer des actions sociales, sportives et culturelles.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Le financement des œuvres sociales des établissements de santé est régi par un système de péréquation organisé par le Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers publics (CGOS) que l'amendement anéantirait.

L'amendement est retiré.

La Commission examine ensuite un amendement de M. Patrice Debray permettant aux établissements publics de santé de recruter des praticiens contractuels sans plafonnement de rémunération.

M. le rapporteur. Avis défavorable. L'alinéa 4 de l'article 10 du projet de loi répond à la préoccupation exprimée en facilitant le recrutement des personnels médicaux par la création d'un nouveau contrat de droit public plus attractif.

L'amendement est retiré.

La Commission adopte l'article 6 ainsi modifié.

Après l'article 6

M. Patrice Debray. Je retire un amendement qui est pour partie repris dans l'amendement du rapporteur tendant à mieux articuler les procédures de traitement des déséquilibres financiers des établissements publics de santé, et qui doit de ce fait être réécrit.

L'amendement est retiré.

Article 7

Nomination et gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière

L'article 7 a pour objet principal de permettre, d'une part, l'ouverture du recrutement des directeurs d'établissement afin de faire appel à de nouvelles compétences et, d'autre part, d'ouvrir la possibilité de détacher des directeurs d'établissements sur un contrat de droit public pour une mission d'une durée limitée visant à rétablir le bon fonctionnement d'un établissement. Il modifie par ailleurs certaines règles de gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.

Le I de l'article 7 vise à introduire plusieurs modifications dans la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

• *Extension des possibilités de recruter des directeurs d'établissements non-fonctionnaires*

Le 1° du I (**alinéa 2**) vise à remplacer les trois premiers alinéas de la loi portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière qui disposent actuellement que le directeur général et secrétaire général de l'administration générale de l'assistance publique à Paris ainsi que le directeur général de l'assistance publique de Marseille, le directeur général des hospices

civils de Lyon et le directeur général des centres hospitaliers régionaux de Toulouse, Bordeaux, Nancy, Montpellier, Lille et Strasbourg, ne sont pas soumis à la règle énoncée à l'article 3 du titre I^{er} du statut général des fonctionnaires de l'État et des collectivités territoriales selon laquelle, sauf dérogation prévue par une disposition législative, les emplois civils permanents de l'État, des régions, des départements, des communes et de leurs établissements publics à caractère administratif sont, à l'exception de ceux réservés aux magistrats de l'ordre judiciaire et aux fonctionnaires des assemblées parlementaires, occupés soit par des fonctionnaires, soit par des fonctionnaires des assemblées parlementaires, des magistrats de l'ordre judiciaire ou des militaires.

Ces trois alinéas sont remplacés par un alinéa permettant désormais à des personnes n'ayant pas la qualité de fonctionnaires d'être nommées sur des emplois de directeurs des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Les emplois visés concernent ainsi : les emplois de directeurs des établissements publics de santé et des syndicats interhospitaliers ; ceux des hospices publics ; des maisons de retraite publiques, à l'exclusion de celles qui sont rattachées au bureau d'aide sociale de Paris ; des établissements publics ou à caractère public relevant des services départementaux de l'aide sociale à l'enfance et maisons d'enfants à caractère social ; des établissements publics ou à caractère public pour mineurs ou adultes handicapés ou inadaptés, à l'exception des établissements nationaux et des établissements d'enseignement ou d'éducation surveillée ; des centres d'hébergement et de réadaptation sociale, publics ou à caractère public et ceux du centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre.

Pour l'ensemble des emplois de directeurs, et non plus seulement pour les seuls emplois mentionnés aujourd'hui dans les trois premiers alinéas de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, il sera donc désormais possible de recruter des personnes n'ayant pas la qualité de fonctionnaire (**alinéa 3**).

Cette ouverture du recrutement des directeurs d'établissements permettra de faire appel à de nouvelles compétences, qu'il s'agisse de profils ayant une expérience dans le secteur privé ou de médecins ayant développé des capacités de gestion ou de management. Il convient de souligner que le projet de loi ne prévoit aucune obligation de formation, par exemple au sein de l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS), pour ces nouveaux directeurs non-fonctionnaires.

- *Alignement du corps de directeurs de soins sur le corps des directeurs*

Le 2° du I (**alinéa 4**) vise à aligner le corps des directeurs de soins sur les corps et emplois des personnels de direction qui sont recrutés et gérés au niveau national.

Le directeur des soins

« L'article L. 6146-9 du code de la santé publique dispose que « dans chaque établissement, la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est confiée à un directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, membre de l'équipe de direction et nommé par le directeur ».

Chaque établissement doit donc comprendre dans son organigramme de direction un directeur des soins chargé de la fonction de coordination générale de soins.

Les directeurs des soins exercent leurs fonctions dans les établissements publics de santé, les syndicats interhospitaliers, les hospices publics et les maisons de retraite publiques, dont l'emploi de chef d'établissement est occupé par un directeur d'hôpital ou dans le cadre d'une direction commune occupée par un directeur d'hôpital.

Les directeurs des soins peuvent être chargés :

– de la coordination générale des activités de soins, de la direction du service de soins infirmiers, de la direction des activités de rééducation, de la direction des activités médico-techniques ou de la direction des activités médico-techniques et de rééducation. A ce titre, ils élaborent et mettent en œuvre le projet de soins, participent à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins ainsi qu'à la gestion des personnels des activités de soins. Ils contribuent également à l'élaboration des programmes de formation, favorisent le développement de la recherche, déterminent une politique d'évaluation des pratiques de soins et collaborent à la gestion des risques ;

– de la direction d'un institut de formation préparant aux professions paramédicales ou de la direction d'un institut de formation de cadres de santé ;

– des fonctions de conseiller technique ou de conseiller pédagogique à l'échelon régional ou national, par détachement ou mise à disposition, auprès de l'État ou de l'École des Hautes études en santé publique (EHESP) ;

– de missions et études ou de la coordination d'études ».

Il s'agit par cette mesure de confier, pour des raisons de cohérence, la gestion du corps des directeurs de soins au centre national de gestion (CNG). Le directeur général du CNG sera donc désormais l'autorité investie du pouvoir de nomination pour le corps des directeurs de soins dans les mêmes conditions que pour le corps des directeurs d'hôpital, sous réserve des dispositions de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique (*cf. infra* au I de l'article 4) qui prévoient des conditions de nomination particulières pour les directeurs des centres hospitaliers universitaires et des établissements membres d'une CHT.

• *Possibilité de détacher des fonctionnaires dirigeant certains établissements de santé sur un contrat public au sein de leur propre fonction publique.*

Le 3^o du I (**alinéa 5**) a pour objet d'ouvrir la possibilité de détacher des fonctionnaires dirigeant les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (*cf. supra*) sur un contrat public au sein de leur propre fonction publique.

Une jurisprudence administrative constante interdisant de détacher des fonctionnaires sur contrat au sein de leur propre fonction publique (décision du Conseil d'État du 13 novembre 1981, Syndicat national de l'éducation physique, n^os 11564 11791, au Recueil p. 411), une dérogation législative expresse était nécessaire pour que ces directeurs statutaires puissent bénéficier d'un contrat pour une mission d'une durée limitée visant à rétablir le bon fonctionnement d'un établissement rencontrant des difficultés.

Il s'agit de permettre, sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé intéressée, à ces fonctionnaires d'être détachés sur un contrat de droit public pour une mission d'une durée limitée visant à rétablir le bon fonctionnement d'un établissement rencontrant des difficultés. L'objet de ce détachement étant de rétablir la situation notamment financière d'établissements rencontrant des difficultés, les fonctionnaires d'établissements placés sous administration provisoire sont logiquement écartés de cette nouvelle possibilité. Les conditions d'application de cette mesure seront fixées par décret en Conseil d'État (**alinéa 6**).

- *Coordination*

Le 4^o (**alinéa 7**) tire les conséquences du 2^o qui confie la gestion du corps des directeurs de soins au centre national de gestion (CNG) en prévoyant que ceux-ci pourront, tout comme les directeurs des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n^o86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (*cf. supra*), être placés en recherche d'affectation auprès de l'établissement public national chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et des praticiens hospitaliers pour une durée maximale de deux ans. Ils seront alors rémunérés par le CNG qui exercera à leur égard toutes les prérogatives reconnues à l'autorité investie du pouvoir de nomination.

- *Modalités d'évaluation des directeurs d'établissements et des adjoints*

Le 5^o du I insère un nouvel article 65-2 (**alinéa 9**) dans la loi n^o86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière destiné à fournir une base législative au remplacement de la notation par une évaluation pour les directeurs d'établissements et les adjoints des établissements mentionnés aux 1^o à 3^o et 7^o de la loi susmentionnée, c'est-à-dire pour les établissements publics de santé et les syndicats interhospitaliers ; pour les hospices publics ; pour les maisons de retraite publiques, à l'exclusion de celles qui sont rattachées au bureau d'aide sociale de Paris ; et pour le centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre. C'est cette évaluation qui déterminera la part variable de leur rémunération.

Le 5^o précise également, en fonction de l'emploi occupé, quel est l'évaluateur compétent. Il s'agit :

– du directeur général de l'agence régionale de santé pour les directeurs d'établissements (**alinéa 10**) ;

– du directeur d'établissement pour les directeurs adjoints (**alinéa 11**) ;

– et du directeur de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire pour les directeurs des autres établissements de santé membres (**alinéa 12**).

• *Rémunération des congés spéciaux par le centre national de gestion (CNG)*

Le 6° vise à modifier l'article 89 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière afin que la rémunération du congé spécial d'une durée maximale de cinq ans dont peuvent bénéficier, sur leur demande, les personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la même loi ne demeure plus à la charge de l'établissement concerné mais soit pris en charge, à compter du 1^{er} janvier 2009, par le centre national de gestion (CNG).

Le congé spécial

« Le congé spécial est une situation au sein de la position d'activité des personnels du corps de direction des hôpitaux créé par l'article 89 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 et dont les modalités sont définies dans le décret n° 88-165 du 19 février 1988.

Le bénéfice du congé spécial est limité aux catégories suivantes de personnels de direction, sur leur demande, et à partir de 58 ans :

– personnels de direction occupant ou ayant occupé un emploi fonctionnel du corps des directeurs d'hôpital ;

– personnels de direction occupant ou ayant occupé un emploi de directeur d'un ou de plusieurs établissements publics de santé ou de directeur de groupes d'établissements relevant de l'Assistance Publique -Hôpitaux de Paris, et ayant atteint le grade le plus élevé de leur statut ;

– personnels de direction occupant ou ayant occupé un emploi fonctionnel relevant des fonctions publiques de l'État ou territoriale ou un emploi de directeur d'agence régionale de l'hospitalisation.

Le congé spécial est accordé par le ministre de la santé.

Le nombre maximal de personnels de direction en congé spécial est fixé à 25 jusqu'au 31 décembre 2011. Il sera limité à 12 à compter du 1^{er} janvier 2012.

Le congé spécial permet de faciliter la gestion de fin de carrière des chefs d'établissements et personnels de direction ayant assumé de lourdes responsabilités ».

Actuellement les personnels en congé spécial restent gérés et rémunérés par l'établissement dans lequel ils étaient affectés à la veille de leur congé spécial. Une procédure complexe de délégation de crédits permet de compenser la rémunération des personnels. Le projet de loi prévoit que ces personnels seront désormais gérés et rémunérés par le centre national de gestion.

● *Recouvrement par le centre national de gestion (CNG) des contributions versées par chaque établissement public de santé, social ou médico-social et rémunération par le CNG des praticiens hospitaliers et des directeurs affectés en surnombre*

Le **a) du 7° (alinéa 15)** procède en premier lieu à une simple coordination visant à prendre en compte le fait que le centre national de gestion est désormais chargé, en plus de la gestion des personnels de direction, de la gestion des directeurs de soins (*cf.* 2° du I).

Il a également pour objet d'accélérer la procédure de recouvrement par le centre national de gestion (CNG) des contributions versées par chaque établissement public de santé, social ou médico-social (**alinéa 17**) afin que celui-ci dispose dès le début de l'année des sommes nécessaires à la prise en charge des personnels placés auprès de lui en recherche d'affectation.

En effet, l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière prévoit que l'établissement public national chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et des praticiens hospitaliers (Centre national de gestion) est notamment financé par une contribution versée par chaque établissement public de santé, social ou médico-social. L'assiette de cette contribution, dont le taux maximum est fixé à 0,15 % est constituée par le montant de la masse salariale afférente à l'exercice précédent celui pour lequel la contribution est due. Cette contribution constitue la contrepartie de la rémunération, par le CNG, des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière placés en recherche d'affectation.

L'**alinéa 17** vise à définir l'assiette des contributions par référence à la masse salariale de l'exercice n-2 et non plus de l'exercice n-1. En effet, dans la pratique, les établissements assujettis à cette contribution ne connaissent avec précision leur masse salariale n-1 qu'à la fin du premier semestre de l'exercice suivant, à l'occasion de leur compte financier.

Il convient de souligner que cette disposition relative aux modalités de financement du CNG figurait déjà à l'article 57 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 mais qu'elle a été censurée par le Conseil constitutionnel dans sa décision n°2008-571 DC du 11 décembre 2008, celui-ci considérant qu'elle n'avait pas d'effet ou un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement et que, par suite, elle ne trouvait pas sa place dans une loi de financement de la sécurité sociale.

Le **b) du 7° (alinéa 19)** a pour objet de confier au centre national de gestion (CNG) 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 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant

dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, dans des conditions qui seront fixées par décret en Conseil d'État.

Certains personnels de direction et directeurs des soins peuvent en effet se trouver dans des situations difficiles qu'il faut accompagner juridiquement et qui entraînent la nécessité d'une affectation temporaire en surnombre dans un établissement.

Actuellement, cette situation au sein de la position d'activité n'est prévue par aucun texte, bien que dans les faits, le Centre National de Gestion se charge déjà de la recherche d'un établissement acceptant l'affectation en surnombre.

L'affectation en surnombre peut survenir dans les cas suivants :

- mutation dans l'intérêt du service ;
- réintégration anticipée suite à un détachement auprès de l'administration d'un État membre de l'Union Européenne ;
- réintégration anticipée suite à un congé parental.

Cette situation entraîne le remboursement à l'établissement employeur de la rémunération versée à l'agent concerné, actuellement dans le cadre d'une procédure complexe de délégation de crédits effectuée par la DHOS.

L'alinéa 19 donne ainsi une base légale à l'existence de ces affectations en surnombre et prévoit que le centre national de gestion assurera désormais le remboursement de ces personnels en surnombre sur ces crédits.

• *Nomination des directeurs adjoints des structures médico-sociales par les directeurs de ces structures*

Le II vise à modifier l'article L. 315-17 de la section 2 (« *Statut des établissements publics sociaux et médico-sociaux dotés de la personnalité juridique* ») du chapitre V (« *Dispositions propres aux établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de personnes morales de droit public* ») du titre I^{er} (« *Établissements et services soumis à autorisation* ») du livre III (« *Action sociale mise en œuvre par des établissements et des services* ») du code de l'action sociale et des familles afin que les directeurs adjoints et, le cas échéant, les directeurs des soins des établissements sociaux et médico-sociaux soient nommés dans des conditions identiques à celles des directeurs des établissements de santé.

Auparavant, les directeurs adjoints étaient choisis par le chef d'établissement et nommés dans leur emploi par le directeur du CNG après avis de la commission administrative paritaire compétente tandis que les directeurs des soins étaient gérés au niveau local et donc nommés dans leurs emplois par les chefs d'établissements, autorité investie du pouvoir de nomination.

La Commission examine un amendement de M. Pierre Morange visant à améliorer la gestion des praticiens hospitaliers titulaires sur un plan local. L'amendement est retiré pour être représenté au titre de l'article 88.

La Commission examine ensuite un amendement de Mme Jacqueline Fraysse disposant que les hôpitaux publics doivent être dirigés par des fonctionnaires.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Avis défavorable. Il est essentiel de faire appel à de nouvelles compétences, qu'il s'agisse de profils ayant une expérience dans le secteur privé ou de médecins ayant développé des capacités de gestion et de management.

M. Patrick Roy. Je suis très inquiet, car il y aura des dérives si des non-fonctionnaires peuvent diriger un hôpital public.

La Commission rejette cet amendement.

Elle adopte ensuite un amendement rédactionnel de M. le Rapporteur.

La Commission examine un amendement de Mme Jacqueline Fraysse tendant à ce que les directeurs d'établissements, s'ils ne sont pas fonctionnaires, soient au moins diplômés de l'École des hautes études en santé publique (EHESP).

Mme Jacqueline Fraysse. La diversification des compétences, soit, mais à condition qu'elles impliquent un minimum de compétence et donc de formation : on ne dirige pas un hôpital comme une entreprise.

M. le rapporteur. Je suis en mesure de vous rassurer : les directeurs pourront bénéficier de stages ou de modules de formation à l'EHESP. L'obtention d'un diplôme me semblant néanmoins trop restrictive, j'émet un avis défavorable à l'amendement.

Mme Jacqueline Fraysse. Je suis prête à le rectifier.

M. Pierre Morange, président. Je vous propose de revoir cela dans le cadre de l'article 88.

M. le rapporteur. Il me semble qu'on est là dans le domaine du règlement.

La Commission rejette cet amendement.

Elle examine ensuite un amendement de M. le Rapporteur visant à déterminer l'autorité compétente pour établir et signer les contrats des directeurs non-fonctionnaires en précisant que cette autorité sera le directeur général de l'ARS pour les établissements publics de santé et le représentant de l'État dans le département pour les établissements sociaux et médico-sociaux.

M. le rapporteur. La possibilité de recruter un directeur d'établissement selon une procédure contractuelle pour des non-fonctionnaires implique l'obligation de déterminer l'autorité compétente pour établir et signer ces contrats.

M. Jean-Luc Prél. Que vient faire le représentant de l'État ?

M. le rapporteur. Il interviendra dans le domaine médico-social.

Un débat s'engageant à ce sujet, l'amendement est retiré pour être réexaminé au titre de l'article 88.

La Commission examine un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à empêcher que des directeurs d'hôpitaux publics puissent ensuite travailler dans un hôpital privé qui serait en concurrence directe avec l'établissement public dans lequel ils exerçaient précédemment.

M. le rapporteur. Avis défavorable : nous ne voulons pas donner une mauvaise image de l'hôpital public qui ne serait capable de retenir ses directeurs que par la contrainte au moment où nous essayons précisément d'améliorer son attractivité.

La Commission rejette cet amendement.

Puis elle examine deux amendements de M. Pierre Morange visant à modifier la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, le premier concernant les emplois à temps partiel en milieu hospitalier, le second le champ de la négociation salariale entre l'employeur et l'agent contractuel.

M. Pierre Morange, président. Ce sont des amendements d'appel, afin que nous réfléchissions en particulier à une meilleure gestion des personnels employés à temps partiel.

M. le rapporteur. En l'absence de toute concertation, il n'est pas possible de modifier les dispositions statutaires de la fonction publique hospitalière. Avis défavorable.

La Commission rejette ces deux amendements.

M. le rapporteur retire un amendement précisant que le directeur général de l'agence régionale de santé ou le représentant de l'État dans le département signe les contrats des directeurs d'établissements détachés sur un contrat de droit public pour une mission d'une durée limitée visant à rétablir le bon fonctionnement d'un établissement.

La Commission examine quatre amendements de M. Pierre Morange visant à modifier la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière dont un abrogeant l'article 44 du titre

IV du statut de la fonction publique hospitalière concernant la gratuité des soins pour certains personnels.

M. le rapporteur. Outre que, là encore, il n'y a pas eu de concertation, la gratuité des soins pour les titulaires de la fonction publique hospitalière est liée au risque plus élevé de contracter des maladies. Avis défavorable.

La Commission rejette ces amendements.

Elle adopte ensuite un amendement rédactionnel du rapporteur.

La Commission examine un amendement de M. Jean-Luc Préel visant à ce que l'évaluation des directeurs d'établissements et la détermination de la part variable de leur rémunération par le directeur général de l'ARS aient lieu après avis du président du conseil de surveillance.

M. Jean-Luc Préel. Le président du conseil de surveillance doit pouvoir donner son avis sur l'évaluation du directeur, son implication dans la mise en œuvre du projet d'établissement et son souci de répondre aux besoins de la population.

Après avis favorable du rapporteur, la Commission adopte cet amendement.

Elle examine ensuite un amendement de M. Pierre Morange visant à ce que, chaque année, le directeur de l'ARS ou son représentant délivre, au moment de l'évaluation, une lettre de mission aux directeurs exerçant des fonctions de chef d'établissement.

M. le rapporteur. Avis défavorable, la lettre de mission est délivrée lors du recrutement du directeur, même si elle peut évidemment être réajustée au cours du temps.

La Commission rejette cet amendement.

Puis elle examine un amendement de M. Pierre Morange tendant à ce qu'en matière de sanctions, l'avis du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière soit transmis au directeur, lequel peut choisir de maintenir sa décision initiale ou de la modifier.

Après avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette cet amendement.

Puis M. Pierre Morange retire un amendement tendant à modifier la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique en matière de gestion des crédits tendant à financer des actions sociales, culturelles ou sportives.

La Commission examine ensuite un amendement du rapporteur visant à modifier l'article L. 315-17 du code de l'action sociale et des familles.

M. le rapporteur. Afin de garantir le caractère national et l'unicité de la gestion des corps de direction de la fonction publique hospitalière, il est nécessaire que les directeurs adjoints des établissements publics sociaux et médico-sociaux continuent d'être nommés par le centre national de gestion, à l'instar des directeurs adjoints des établissements publics de santé. Les directeurs des soins étant désormais gérés au niveau national, il est logique que le centre national de gestion les nomme dans leur emploi.

*La Commission **adopte** cet amendement, puis elle **adopte** l'article 7 ainsi modifié.*

Article additionnel après l'article 7

Praticiens hospitaliers à temps partiel

La Commission examine un amendement de M. Jean-Luc Prével visant à réparer quatre injustices concernant les praticiens hospitaliers à temps partiel.

M. Jean-Luc Prével. Les praticiens hospitaliers à temps partiel ne perçoivent que 6/11 du salaire d'un temps plein ; par ailleurs, ils ne perçoivent pas une prime dont bénéficient ceux qui travaillent à temps plein et ils ne cotisent que sur deux tiers de leur salaire pour la retraite complémentaire ; enfin, ils ne peuvent consacrer que six jours par an à la formation médicale continue contre neuf pour leurs collègues.

M. le rapporteur. En effet, il s'agit d'une vraie injustice. Même si un décret en préparation doit remédier à cette situation, je suis favorable à cet amendement car il est du rôle du législateur d'inciter l'exécutif à agir.

*La Commission **adopte** l'amendement.*

Article additionnel après l'article 7

Présence des usagers dans les commissions de l'activité libérale

*Après un avis favorable du rapporteur, la Commission **adopte** un amendement de Mme Catherine Génisson relatif à la présence d'un représentant des usagers du système de santé au sein des commissions de l'activité libérale constituées dans chaque établissement public de santé.*

Article 8

Organisation interne des établissements publics de santé

L'article 8 vise, d'une part, dans le prolongement de la réforme de la gouvernance interne opérée par le plan « Hôpital 2007 » à faire évoluer les règles

d'organisation interne hospitalière en renforçant le rôle structurant des pôles et, d'autre part, redéfinit le régime juridique du travail des libéraux au sein des établissements publics de santé.

Le **I** a pour objet de procéder à une réécriture globale de l'article L. 6146-1 du chapitre IV (« *Organisation interne* ») du titre IV (« *Établissements publics de santé* ») du livre I^{er} (« *Établissements de santé* ») de la sixième partie (« *Établissements et services de santé* ») du code de la santé publique afin de faire évoluer les règles d'organisation interne hospitalière, de donner aux établissements une plus grande réactivité et de renforcer les pouvoirs du chef de pôle.

- *Liberté d'organisation interne des établissements publics de santé*

L'**alinéa 2** prévoit sans changement que pour l'accomplissement de leurs missions, qui sont désormais définies minutieusement par l'article 1^{er} du présent projet de loi (*cf. supra*), les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne, sous réserve des dispositions du chapitre IV (« *Organisation interne* ») du code de la santé publique.

- *Organisation en pôles d'activité*

L'organisation des établissements publics de santé reste fondée sur les pôles d'activité. Créés par l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005, les pôles d'activité clinique et médico-techniques ont vu leurs conditions de mise en place précisées par le décret n°2005-1656 du 26 décembre 2005.

L'organisation en pôles introduite par la réforme de la gouvernance de 2005 obéit à une logique de simplification et de déconcentration. Le recours à une démarche de contractualisation avec les pôles d'activité ainsi que les délégations de gestion consenties à leurs responsables visent en effet à permettre le décloisonnement de l'hôpital en vue de favoriser le développement d'un travail pluridisciplinaire et d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

Aux termes de l'ordonnance de 2005, la réorganisation des établissements publics de santé en pôles d'activités devait être mise en œuvre au plus tard le 31 décembre 2006 mais cette date n'a pas toujours été respectée.

La nouvelle rédaction de l'article L. 6146-1 s'inscrit dans la logique poursuivie en 2005 tout en y apportant certaines modifications.

Il revient en effet désormais au directeur de l'établissement de définir cette organisation en pôles d'activité et non plus au conseil d'administration, en cohérence avec le renforcement des pouvoirs du directeur de l'établissement de santé opérée par le présent projet de loi.

L'organisation de l'établissement en pôles d'activité doit être conforme au projet médical de l'établissement qui a été préparé par le président de la

commission médicale d'établissement, vice président du directoire, et arrêté par le directeur (*cf.* article 6). L'organisation en pôles d'activités devient ainsi l'organisation de droit commun, y compris pour les anciens hôpitaux locaux qui en étaient jusqu'ici dispensés et seul le directeur général de l'agence régionale de santé peut désormais autoriser un établissement public de santé à ne pas créer de pôles d'activité lorsque l'effectif médical de l'établissement le justifie (**alinéa 3**), c'est-à-dire lorsque le faible effectif médical d'un établissement rend l'organisation en pôles difficilement envisageable.

La mention selon laquelle les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes disparaît, ainsi que toute référence aux services mais l'exposé des motifs laisse entendre qu'il sera toujours loisible à un établissement public de santé, dans le cadre du principe de libre organisation interne posé à l'alinéa 13 et après avis des praticiens, de déterminer l'opportunité de mettre en place des structures internes à l'intérieur des pôles et se substituant aux services.

● *Nomination des chefs de pôles d'activité*

L'**alinéa 4** prévoit que tous les chefs de pôles d'activités sont désormais nommés par le seul directeur de l'établissement.

Pour les pôles d'activité clinique ou médico-techniques, qui doivent être distingués des pôles administratifs ou logistiques ne comportant pas de soignants, la nomination a désormais lieu après avis du président de la commission médicale d'établissement (CME). Cette nomination avait lieu jusqu'ici (article L. 6146-3) soit par décision conjointe du directeur et du président de la CME, soit, en cas de désaccord, par délibération du conseil d'administration.

Les chefs de pôles d'activité sont nommés pour une durée fixée par décret et leur mandat peut être renouvelé dans les mêmes conditions que leur nomination alors qu'il revenait jusqu'ici au conseil d'administration de définir la durée du mandat des responsables de pôle clinique et médico-technique, ainsi que les conditions de renouvellement de leur mandat.

L'**alinéa 5** dispose que dans les centres hospitaliers ayant passé convention avec une université pour être associés à l'exercice des missions mentionnées à l'article L. 6142-1, c'est-à-dire les enseignements publics médicaux et pharmaceutiques et post-universitaire ainsi que la recherche médicale et pharmaceutique et les enseignements para-médicaux, les chefs de pôle sont nommés après avis du directeur de l'unité de formation et de recherche ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical. Il s'agit de la reprise à l'identique du dispositif qui existe aujourd'hui dans les centres hospitaliers universitaires (CHU).

Les candidats à un poste de chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique ne sont plus choisis parmi les praticiens titulaires figurant sur une liste nationale d'habilitation à diriger un pôle établie par le ministre chargé de la santé mais doivent simplement compter au nombre des praticiens mentionnés à l'article

L. 6151-1, c'est-à-dire les personnels enseignants et hospitaliers, et aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 6152-1 tel que modifié par l'article 10 du présent projet de loi (*cf. infra*), c'est-à-dire les praticiens hospitaliers titulaires, les praticiens hospitaliers recrutés par contrat dans des conditions déterminées par voie réglementaire et les praticiens recrutés par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvu, dont la catégorie est créée par l'article 10 (*cf. infra*).

La liste des candidats potentiels au poste de chef de pôle d'activité (**alinéa 6**) est donc largement étendue par rapport au droit existant qui la limitait aux praticiens titulaires figurant sur la liste nationale susmentionnée.

- *Contrat de pôle*

L'**alinéa 7** prévoit la signature par le directeur de l'établissement et le chef du pôle d'un contrat de pôle qui précise les objectifs et les moyens de ce dernier.

Ce contrat de pôle remplace le contrat prévu à l'article L. 6146-6 du code de la santé publique dans sa rédaction actuelle (abrogé par le III du présent article) qui était passé entre le praticien responsable d'un pôle d'une part et le directeur et le président de la commission médicale d'établissement (CME) d'autre part.

C'est dans ce contrat de pôle que seront fixés pour le chef de pôle les objectifs de résultats en lien avec les moyens matériels et humains qui lui seront délégués.

- *Rôle du chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique*

Le rôle du chef de pôle ainsi que son autonomie (**alinéa 8**) sont renforcés.

Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique reste chargé de mettre en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle.

Il conserve une autorité fonctionnelle, qui se distingue de l'autorité hiérarchique, sur l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux du pôle.

Il ne se borne plus à organiser le fonctionnement technique du pôle mais supervise l'ensemble du fonctionnement du pôle et gère également l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle.

Son rôle continue d'être encadré par le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures prévues par le projet de pôle mais il dispose désormais de plus de liberté pour choisir ses collaborateurs dont il propose la nomination au directeur, sans être obligatoirement encadré comme auparavant par une sage-femme cadre, un cadre de santé et un cadre administratif.

• *Régime juridique du travail des libéraux au sein des établissements publics de santé*

Le **II** remplace les dispositions actuelles de l'article L. 6146-2 relatives au conseil de pôle, qui disparaissent ainsi du code de la santé de façon cohérente avec la volonté du projet de loi de doter les établissements de santé de plus de réactivité en les débarrassant de structures obligatoires sclérosantes, par des dispositions qui réécrivent complètement le régime juridique du travail des libéraux au sein des établissements de santé.

La nouvelle rédaction de l'article L. 6146-2 (**alinéa 10**) laisse ainsi au directeur d'un établissement public de santé la possibilité d'admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens exerçant dans le cadre des dispositions de l'article L. 6154-1, c'est-à-dire les praticiens statutaires exerçant à temps plein autorisés à exercer une activité libérale, à participer à l'exercice des missions de cet établissement.

Cette possibilité était déjà prévue par l'article L. 6152-4 pour les hôpitaux locaux et par l'article L. 6146-10 pour les centres hospitaliers autres que les centres hospitaliers régionaux (dispositif dit des « cliniques ouvertes »).

En effet, la caractéristique de l'hôpital local, précisé par le décret n°92-1210 du 13 novembre 1992 est de ne pas disposer de praticiens salariés sauf exception. Les malades hospitalisés en hôpital local choisissent librement leur médecin ou leur sage-femme parmi les médecins ou sages-femmes de ville, à condition que ceux-ci soient au préalable inscrits sur une liste dressée par le préfet de département.

Par ailleurs, l'article L. 6146-10 disposait déjà que les centres hospitaliers autres que les centres hospitaliers régionaux peuvent être autorisés à créer et faire fonctionner une structure médicale dans laquelle les malades, blessés et femmes enceintes admis à titre payant peuvent faire appel aux médecins, chirurgiens, spécialistes ou sages-femmes de leur choix autres que ceux exerçant leur activité à titre exclusif dans l'établissement. Les intéressés perçoivent des honoraires, minorés d'une redevance, par l'intermédiaire de l'administration hospitalière. La création ou l'extension d'une telle structure est soumise à l'autorisation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation après avis du comité régional de l'organisation sanitaire. Pour chaque discipline ou spécialité, l'établissement ne peut réserver à cette structure, dite clinique ouverte, plus du tiers de la capacité d'accueil, en lits et places, dont il dispose pour ladite discipline ou spécialité.

La nouvelle rédaction de l'article L. 6146-2 étend donc concrètement aux centres hospitaliers régionaux et aux centres hospitalo-universitaires (CHU) la possibilité pour les établissements publics de santé d'admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral autres que les praticiens statutaires exerçant à temps plein autorisés à exercer une activité libérale.

Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent par ailleurs 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 qui pose le principe du paiement direct des honoraires par le patient, l'établissement public de santé verse aux intéressés les honoraires, le cas échéant minorés d'une redevance.

La mention « le cas échéant », vise à prendre en compte d'une part le cas très particulier, visé à l'article L. 6112-7 du code de la santé publique, des établissements publics de santé qui organisent la délivrance de soins palliatifs dans le cadre de structures de soins alternatives à l'hospitalisation et qui peuvent faire appel à des professionnels de santé exerçant à titre libéral avec lesquels l'établissement conclut un contrat qui précise notamment les conditions de rémunération particulières autres que le paiement à l'acte, et d'autre part le cas des auxiliaires médicaux visés ci-dessus.

L'**alinéa 11** dispose que les professionnels de santé libéraux qui participent aux missions de l'établissement doivent conclure un contrat avec l'établissement de santé dans lequel ils exercent qui fixe les conditions et modalités de leur participation, et notamment les conditions financières relatives à la redevance, et qui assure le respect des garanties mentionnées à l'article L. 6112-3, c'est-à-dire les garanties que doit assurer l'établissement à chaque patient qu'il accueille dans le cadre d'une mission de service public. Ce contrat doit être approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Le **III** vise à abroger les articles L. 6146-3 à L. 6146-7 et L. 6146-10 du code de la santé publique qui contiennent des dispositions relatives aux services, à la gouvernance interne des pôles (ce qui supprime notamment, dans une logique de simplification des structures internes les anciens « conseils de pôles »), aux « cliniques ouvertes » (dont le régime juridique a été modifié aux I et II de l'article 8), ainsi qu'aux sages-femmes (l'article L. 6146-7 précisait jusqu'ici qu'*« elles sont responsables dans les établissements publics de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence »*).

Il convient de souligner que l'article L. 6146-9 relatif au rôle de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) n'est pas abrogé. Cette commission demeure ainsi, avec la commission médicale d'établissement (CME), le comité technique d'établissement (CTE) et la commission de relation avec les usagers et de prise en charge de la qualité (CRU PCQ) une des rares commissions qui demeurent obligatoires au sein des établissements publics de santé.

- *Obligation de transmission des données de facturation*

Le **IV** modifie l'article L. 6113-7 du chapitre III (« *Évaluation, accréditation et analyse de l'activité des établissements* ») du titre I^{er} (« *Organisation des activités des établissements de santé* ») du livre I^{er} (« *Établissements de santé* ») de la sixième partie (« *Établissements et services de santé* ») du code de la santé publique afin d'introduire, pour les praticiens exerçant dans les établissements publics et privés, l'obligation de transmettre au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement les données nominatives nécessaires à la facturation (**alinéa 14**) en plus des données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité qu'ils sont déjà obligés de transmettre.

La transmission de ces données doit être obligatoirement effectuée dans un délai compatible avec les contraintes imposées à l'établissement (**alinéa 16**).

Enfin, l'**alinéa 18** prévoit que si cette double obligation de transmission de données médicales nominative nécessaires à l'analyse de l'activité et à la facturation d'une part et de diligence d'autre part n'est pas remplie par les praticiens appartenant au personnel des établissements publics de santé, leur rémunération fera l'objet de la retenue prévue à l'article 4 de la loi n° 61-825 du 25 juillet 1961 de finances rectificative pour 1961 (règle du trentième indivisible).

Ce renforcement du dispositif permettant d'encadrer les obligations des praticiens en matière de codage des actes vise à mieux répondre à des mouvements de grève du codage du type de celui qu'a lancé le Syndicat national de défense de l'exercice libéral de la médecine à l'hôpital (SNDELMH) à l'été 2008 pour protester contre le décret n°2008-464 du 15 mai 2008 relatif à la redevance due à l'hôpital par les praticiens hospitaliers à temps plein exerçant une activité libérale dans les établissements publics de santé fixant les nouvelles modalités de cette redevance. Cette grève a été suivie au plus fort du mouvement, d'après les chiffres communiqués par Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative au cours de son audition du 15 octobre 2008 devant la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, par une centaine de médecins, exerçant presque exclusivement à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP).

*

La Commission examine l'amendement n° 119 de M. Bernard Debré ayant pour objet de préciser que le directeur définit l'organisation de l'établissement des pôles d'activité « ou en service lorsqu'il n'y a pas de cohérence à la création d'un pôle ».

M. Bernard Debré. S'il doit être possible de créer des pôles lorsque leur existence s'impose, il me semble en revanche nécessaire de maintenir les services dans tous les autres cas de figure.

M. le rapporteur. Défavorable. Si la loi supprime toutes les références aux services, il reste loisible à chaque établissement de déterminer l'opportunité de mettre en place des structures internes à l'intérieur des pôles qui se substituent aux services.

M. Bernard Debré. La création de pôles étant parfois incohérente, il me paraît préférable de maintenir les services.

M. le rapporteur. J'appelle votre attention sur le fait que l'alinéa 3 de l'article 8 prévoit que le directeur général de l'ARS peut autoriser un établissement à ne pas créer de pôles d'activités quand l'effectif médical de l'établissement le justifie.

M. Bernard Debré. Dès lors, que faire, sinon des services ?

M. Gérard Bapt. L'amendement de M. Debré vise surtout, me semble-t-il, à remédier à l'artificialité de certains pôles.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette cet amendement.

La Commission examine ensuite un amendement de M. Bernard Debré visant à ce que les directeurs d'hôpital ne puissent nommer les chefs de pôle que sur avis conforme de la CME transmis au directeur par son président.

M. le rapporteur. Cet amendement risque de créer de réels blocages. J'y suis donc défavorable.

Mme Jacqueline Fraysse. Nous avons ce matin déposé un amendement allant dans le sens de celui de notre collègue. On ne doit pas pouvoir faire fi de l'avis de la CME. Quant à l'argument des blocages, il est pour le moins surprenant : on ne peut diriger un hôpital contre l'équipe médicale.

Mme Marisol Touraine. Nous soutenons cet amendement. Le projet médical d'établissement doit primer sur les préoccupations administratives.

M. Jean Bardet. Je ne vois pas quels arguments pourrait faire valoir un directeur d'hôpital pour nommer arbitrairement un chef de pôle contre l'avis du président de la CME, du fait précisément des blocages qui s'ensuivraient inévitablement.

Contre l'avis défavorable du rapporteur, la Commission adopte cet amendement.

Un amendement de M. Pierre Morange visant à ce qu'en cas de non-respect du contrat de pôle, le directeur puisse mettre un terme aux fonctions du chef de pôle est retiré, de même qu'un amendement de M. Bernard Debré visant à soustraire les centres hospitaliers ayant passé convention avec une université au champ d'application de la présente loi.

*La Commission **adopte** ensuite un amendement rédactionnel du rapporteur.*

Un amendement de M. Bernard Debré visant à soustraire les centres hospitaliers n'ayant pas passé de conventions avec l'université est retiré.

*Sur avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** un amendement de Mme Catherine Génisson tendant à ce que la signature des contrats de pôle entre le directeur et le chef de pôle se fasse conjointement avec le président de la CME.*

La Commission examine ensuite un amendement de M. Bernard Debré visant à ce que les pôles d'activité, lorsqu'ils sont nécessaires, sont constitués par une association de services, dirigés par des chefs de service.

M. Bernard Debré. Je suis farouchement opposé à la suppression des services et des chefs de service, garants de la proximité avec les malades comme du travail en équipe.

M. le rapporteur. Cet amendement dont le but est de reconstituer des services irait à l'encontre de l'esprit même du texte.

M. Jean-Marie Le Guen. Il ne faut pas confondre les pôles, outils parfaitement légitimes de gouvernance administrative permettant une mutualisation des moyens et des personnels, et les services, qui constituent la cellule de production de soins, et qui ne doivent pas disparaître. Substituer une logique managériale, même si celle-ci a toute sa place à l'hôpital, à la logique médicale constituerait une grave erreur.

M. Jean Bardet. Cet amendement est parfaitement justifié. Dans le cas de pôles constitués sans autre cohérence que géographique par exemple, en quoi le chef de pôle pourrait-il avoir une autorité médicale sur les équipes ? Il faut conserver les services et les chefs de service.

M. Jean-Luc Prével. Les pôles ont toute leur justification lorsque le chef de pôle gère des unités fonctionnelles dont les disciplines sont vraiment complémentaires comme la gastro-entérologie et la chirurgie digestive. Mais chacun sait que des pôles ont pu être constitués de façon arbitraire et que d'autres, comme certains pôles « Tête et cou » qui existent déjà, sont si vastes et regroupent des disciplines si différentes qu'il est bien difficile de coordonner l'ensemble. Il n'est donc pas aberrant de vouloir conserver des services.

M. Jacques Domergue. Les médecins se plaignent d'être tenus à l'écart de la gestion hospitalière. Les pôles visent précisément à leur permettre de s'impliquer à la fois dans l'organisation médicale et administrative.

M. Jean-Marie Le Guen. Toutes ces dispositions relèvent du domaine réglementaire.

M. Pierre Morange, vice-président. Cela est, hélas, vrai, de trop nombreux textes que nous examinons !

*Contre l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **adopte** cet amendement.*

*Après avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** l'amendement de M. Jean-Luc Prével, visant à ce que le praticien chef d'un pôle d'activité veille à atteindre les objectifs fixés au pôle en prenant en compte les besoins de la population.*

*Malgré l'avis défavorable du rapporteur, qui considère que cela relève du domaine réglementaire, la Commission **adopte** un amendement de Mme Bérengère Poletti, présenté par Mme Isabelle Vasseur, et visant à ce que le chef de pôle soit assisté d'une sage-femme cadre dès lors que le pôle dont il a la responsabilité comporte une unité obstétricale.*

*Après avoir **adopté** un amendement rédactionnel du rapporteur, la Commission examine un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à s'opposer au recrutement de praticiens hospitaliers exerçant à titre libéral dans les hôpitaux publics.*

Mme Jacqueline Fraysse. Ce projet de loi ne comporte, hélas, aucune mesure incitant les praticiens hospitaliers à rester à l'hôpital public, dont l'avenir est extrêmement préoccupant. Les conditions de travail y sont de plus en plus difficiles, le manque de moyens criant, les salaires extrêmement bas, la centralisation des pouvoirs sans cesse accrue, y compris au détriment de la communauté médicale. La seule solution envisagée est, hélas, d'embaucher ponctuellement des praticiens libéraux sur la base de contrats opaques, prévoyant peut-être des rémunérations très élevées qui coûteront fort cher. Bien entendu, l'hôpital public doit accueillir des médecins libéraux, mais ceux-ci ne doivent pas remplacer les praticiens hospitaliers.

M. Bernard Debré. Les attachés sont indispensables à l'hôpital, d'une part parce qu'ils contribuent à l'ouvrir sur l'extérieur, d'autre part parce que leur exercice hospitalier participe de leur formation. Leur rémunération actuelle, forfaitaire et calculée sur la base des vacations effectuées, est très faible. L'embauche à l'hôpital de praticiens libéraux rémunérés à l'acte ruinerait l'exercice hospitalier à plein-temps et créerait une distorsion fort dommageable entre catégories de médecins. Néanmoins je ne voterai pas l'amendement, dont la formulation est trop générale.

M. Patrick Roy. La conclusion surprend, après les arguments développés.

M. le rapporteur. Je rappelle que l'article 10 comporte des mesures incitatives au profit des praticiens hospitaliers. Tous les hôpitaux accueillent des praticiens libéraux, les hôpitaux locaux ne fonctionnant même qu'avec eux. Vu les

disparités de la démographie médicale sur l'ensemble du territoire, il faut conserver de la souplesse.

M. Jean Bardet. La majorité des praticiens libéraux qui travaillent à l'hôpital sont payés forfaitairement à la vacation. Si tous étaient payés à l'acte – seuls quelques-uns le sont aujourd'hui, sur la base de conventions spécifiques –, cela créerait une distorsion inacceptable avec les praticiens hospitaliers à temps complet.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement.

Un amendement de Mme Catherine Génisson visant à ce que le recrutement à l'hôpital de praticiens sous contrat s'effectue sur proposition du président de la CME est retiré, le rapporteur ayant indiqué qu'il serait favorable à un réexamen de cette proposition s'il n'y était fait mention de l'« avis » du président de la CME.

Puis la Commission examine deux amendements, l'un de M. Dominique Tian, l'autre de Mme Bérengère Poletti, visant à autoriser des conditions de rémunérations particulières autres que le paiement à l'acte pour les professionnels libéraux intervenant en HAD.

M. le rapporteur. Au nom de la souplesse, je suis favorable à ces amendements qui pourraient être repris sous la forme d'un seul, cosigné des deux auteurs, et rectifié pour préciser que ces conditions particulières s'appliquent aux professionnels libéraux intervenant en HAD.

La Commission adopte l'amendement ainsi rectifié de M. Dominique Tian, cosigné par Mme Bérengère Poletti.

La Commission examine ensuite un amendement de M. Claude Leteurtre visant à ce que, dans la mesure où les praticiens libéraux seront autorisés à exercer dans les établissements publics de santé, les praticiens hospitaliers puissent, à l'inverse, exercer dans les établissements privés.

M. le rapporteur. Un praticien hospitalier qui souhaite travailler une partie de son temps dans le privé n'a qu'à demander un temps partiel à l'hôpital. Avis défavorable.

M. Jacques Domergue. Aujourd'hui, lorsqu'un chirurgien du public va, ne serait-ce qu'aider un collègue dans un établissement privé, il se trouve dans l'illégalité et n'est pas couvert sur le plan juridique.

M. Bernard Debré. Il est déjà tout à fait possible d'aller aider un collègue dans le secteur privé. En revanche, je ne suis pas d'accord pour qu'on pousse ceux qui devraient exercer à l'hôpital à exercer en dehors de l'hôpital.

M. Claude Leteurre. Cela pourrait être utile pour certaines techniques très spécifiques.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette cet amendement.

Elle examine ensuite un amendement de Mme Bérengère Poletti visant à rétablir l'article L. 6146-7 du code de la santé publique qui précise que dans les établissements publics de santé, les sages-femmes sont responsables de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence.

Mme Isabelle Vasseur. Il s'agit de maintenir la place des sages-femmes dans l'organisation des soins, afin de conserver le caractère physiologique de la naissance, si aucune pathologie ne se déclare, ainsi que de faire faire des économies substantielles à l'assurance maladie maternité.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Il ne s'agit pas de nier le rôle des sages-femmes mais la définition de leurs attributions relève du niveau réglementaire. En outre, on risque de créer une double hiérarchie dans le pôle, ce qui ne peut être que nuisible.

La Commission rejette cet amendement.

Après avis favorable du rapporteur, elle adopte un amendement de Mme Bérengère Poletti, présenté par M. Yves Bur, autorisant les établissements de santé privés à recourir à des auxiliaires médicaux libéraux pour les hospitalisations à domicile et à déroger au paiement à l'acte pour leur rémunération.

La Commission adopte ensuite l'article 8 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 8

Allocation d'études pour les étudiants masseurs-kinésithérapeutes

La Commission examine un amendement de Mme Catherine Génisson, présenté par Mme Marisol Touraine, instituant une allocation d'études pour les étudiants masseurs-kinésithérapeutes qui s'engagent à servir trois ans dans le service public hospitalier de la région dans laquelle ils sont formés.

M. le rapporteur. Les représentants des étudiants masseurs-kinésithérapeutes que j'ai auditionnés ont paru peu convaincus par cette disposition, qui ne suscite d'ailleurs guère d'intérêt là où elle existe déjà. Par ailleurs, le financement de cette proposition reste à trouver. Elle tombe en tout état de cause sous le coup de l'article 40.

M. Christian Paul. Vous êtes pourtant favorable à des dispositions semblables pour les étudiants généralistes. La problématique de la démographie

médicale se pose-t-elle de façon très différente pour les masseurs-kinésithérapeutes et pour les médecins ?

M. le rapporteur. Oui. La priorité est incontestablement de faire venir les médecins dans les zones tout à fait déficitaires. Ce n'est qu'ensuite que nous nous intéresserons aux autres professionnels.

M. Simon Renucci. La pénurie est pourtant incontestable, notamment en pédiatrie, pour le traitement des bronchiolites.

M. Bernard Debré. Autrement dit, les étudiants qui ont besoin d'une bourse devront trois ans au service public mais ceux qui ont les moyens d'étudier feront ce qu'ils veulent !

M. Christian Paul. Il est bien plus facile de vivre à Paris et de ne rien faire !

M. Yves Bur. Le fait est qu'il y a un déficit de professions médicales et paramédicales à l'hôpital. Les infirmiers sont déjà tenus d'exercer trois ans à l'hôpital avant de s'installer. La disposition proposée ici est plus souple. Si nous refusons l'incitation, nous devons en venir très vite à un dispositif coercitif.

M. Claude Leteurre. Se priver de cette possibilité serait en effet une erreur. Notre objectif est bien de rendre l'hôpital plus attractif !

M. Jean-Marie Le Guen. Nous devons tôt ou tard réaliser une harmonisation générale des professions dites paramédicales, et notamment revoir notre système d'enseignement. Par ailleurs, les écoles de kinésithérapie n'ont pas toutes le même statut. Il ne faudrait pas que cette disposition serve de prétexte aux écoles privées pour devenir encore un peu plus chères !

M. Christian Paul. J'aimerais que le professeur Debré montre autant d'indignation devant le coût des études d'aide-soignant que devant l'idée de donner une bourse à certains étudiants. En outre, l'une des propositions de la mission que j'avais menée sur la lutte contre le désert médical, dont les conclusions ont été approuvées à l'unanimité, concernait l'usage de bourses d'étude pour fidéliser des médecins ou des infirmiers dans la région où ils sont formés. On pourrait faire de même pour les kinésithérapeutes ou pour les dentistes – bref, l'ensemble des professionnels de proximité.

M. Bernard Debré. Mais je suis totalement favorable aux bourses ! Ce qui est regrettable, c'est d'admettre des différences entre boursiers et non-boursiers. Je préférerais que tout le monde soit tenu d'exercer trois ans dans le secteur public – et cela pourrait aussi être valable pour les médecins.

Contrairement à l'avis défavorable du rapporteur, la Commission adopte cet amendement.

Article additionnel après l'article 8

Expérimentations sur l'annualisation du temps de travail en outre-mer

Sur avis favorable du rapporteur, elle adopte ensuite un amendement de Mme Catherine Génisson permettant des expérimentations sur l'annualisation du temps de travail des praticiens des hôpitaux à temps partiel dans les établissements de santé publics des départements et régions d'outre-mer et des collectivités d'outre-mer.

Elle examine ensuite un autre amendement de Mme Catherine Génisson créant une allocation d'études pour les étudiants en médecine qui s'engagent à servir trois ans dans le service public hospitalier.

M. le rapporteur. Comment se définit désormais le service public hospitalier puisque tous les établissements, quelle que soit leur nature, peuvent désormais exercer des missions de service public ? Visez-vous en fait une obligation de servir dans un établissement public de santé ?

Mme Michèle Delaunay. Bien sûr !

M. le rapporteur. Dans ce cas, mon avis est défavorable.

M. Jean-Marie Le Guen. Pour en revenir à l'amendement précédent, je suggère que l'article 40 ne soit utilisé qu'avec la plus grande modération. En cas d'abus, nous pourrions passer vraiment beaucoup de temps sur le sujet en séance...

M. Pierre Morange, président. C'est le président de la commission des finances qui applique l'article 40 ! Il est vrai que l'interprétation du Sénat est plus souple que celle de l'Assemblée.

M. Bernard Debré. Encore une fois, seuls ceux qui n'ont pas d'argent devront remplir cette obligation de trois années dans le service public. Pourquoi ne pas l'instituer pour tous les étudiants ?

Mme Michèle Delaunay. Aujourd'hui, ceux qui n'ont pas d'argent font l'école de santé des armées. C'est le même système !

La Commission rejette cet amendement.

Article additionnel après l'article 8

Représentation des usagers au sein des commissions de l'activité libérale

Sur avis favorable du rapporteur, elle adopte un amendement de M. Yves Bur proposant que les usagers du système de santé soient représentés au sein des commissions d'activité libérale.

Article 9

Certification des comptes des établissements de santé

L'article 9 a pour objet d'instaurer une certification des comptes des établissements publics de santé (EPS). Sachant que les dépenses hospitalières représentent 44 % du total des dépenses de l'ONDAM 2009, soit un volume financier considérable de 69,6 milliards d'euros, il apparaît nécessaire, dans un contexte de responsabilisation accrue des acteurs et de modernisation de la gestion, de s'assurer de la fiabilité de la comptabilité, et donc des résultats présentés par les établissements publics de santé.

1. Le développement de la certification des comptes s'inscrit dans un contexte de modernisation et d'optimisation des dépenses publiques

Le développement de la certification s'intègre dans une démarche de modernisation et de rationalisation de l'emploi des deniers publics. Celle-ci impose de pouvoir apprécier la fiabilité des comptes des organismes qui manient ces fonds.

La certification se définit comme une mission d'audit externe des comptes qui exprime une opinion sur la conformité des comptes au référentiel comptable qui leur est applicable. Elle ne se limite pas à la régularité des comptes, mais conduit également à se prononcer sur leur sincérité, ce qui la distingue de la simple vérification des comptes.

L'article 58 de la loi organique n° 2001-692 du 1 août 2001 relative aux lois de finances (LOLF) prévoit que la Cour des comptes assure la certification de la régularité, de la sincérité et de la fidélité des comptes de l'État. Dans ce cadre, elle peut exprimer quatre types d'opinion : la certification sans réserve, la certification avec réserve en cas de limitations⁽¹⁾ ou de désaccords⁽²⁾, l'impossibilité de certifier lorsque l'accumulation des limitations et désaccords est trop importante, et le refus de certifier si ces limitations et désaccords sont tels qu'ils entachent la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes de l'État. La Cour des comptes a ainsi procédé en 2007 et en 2008 à la certification des comptes de l'État pour 2006 et 2007.

Par ailleurs, la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) a étendu la mission de la Cour des comptes à la certification des comptes de la sécurité sociale, et la loi n° 2007-1199

(1) Il s'agit de limitations dans l'étendue des travaux d'audit, que ces limites soient le fait de circonstances ou d'éléments justificatifs insuffisants ou qu'elles résultent de l'impossibilité d'apprécier la régularité, la sincérité et l'image fidèle des comptes.

(2) Désaccords avec le producteur des comptes sur des ajustements, des reclassements ou des modifications de l'annexe ou sur des divergences chiffrables ou non chiffrables sur des questions de méthode. La Cour fait également référence à des « incertitudes » rencontrées dans l'examen des comptes. Elles traduisent le fait que la Cour n'a pu valider un élément donné des comptes en raison soit de limitations, soit d'anomalies non chiffrables, qu'elles aient fait l'objet ou non d'un désaccord avec l'administration.

du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités (LRU) a prévu que « *les comptes de l'université font l'objet d'une certification annuelle par un commissaire aux comptes.* »

2. La modernisation du système de santé conduit à mettre en place une certification des comptes des établissements de santé

Dans son rapport de septembre 2007 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, la Cour des comptes a porté un diagnostic sévère sur les comptes des établissements publics de santé. Après avoir examiné de 2004 à 2006 les comptabilités de 60 hôpitaux représentant 34 % des charges hospitalières de l'exercice, la Cour a relevé de nombreuses irrégularités comptables aboutissant à occulter des déficits, voire à dissimuler des excédents, et produisant des résultats comptables dépourvus de sens. Elle a souligné en outre les incertitudes entachant la connaissance des actifs et des passifs des établissements. La Cour a montré que ces défaillances tenaient notamment au fait que certains dispositifs budgétaires et comptables prévus réglementairement, pour certains depuis plus de dix ans, « ne sont mis en œuvre que très partiellement dans un très grand nombre d'établissements ».

La fiabilité des comptes des hôpitaux représente pourtant en enjeu majeur, la connaissance et la maîtrise des coûts hospitaliers étant indispensables aux réformes en cours sur le financement à l'activité et la gouvernance. En outre, elles revêtent une importance accrue dans le contexte de la certification des comptes de la sécurité sociale, laquelle finance à plus de 90 % les budgets hospitaliers.

S'appuyant sur les conclusions d'un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) paru en octobre 2007, la commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par Gérard Larcher a donc proposé en mars 2008 de faire certifier les comptes des hôpitaux. Cette proposition se fondait sur le constat des insuffisances de la comptabilité générale d'une partie importante des hôpitaux, relevées à plusieurs reprises par la Cour des comptes, et auxquelles la mise en place de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) n'a pas permis de remédier.

Le rapport de l'IGAS voyait ainsi dans la certification une « évolution inévitable » à moyen terme pour les hôpitaux, qui permettrait de garantir une meilleure information des conseils d'administration et des directions d'établissement mais aussi des autorités de tutelle sur les évolutions financières susceptibles de dégrader l'équilibre des établissements. Il s'appuyait en cela sur l'expérience britannique, qui a montré l'importance de l'action des auditeurs pour l'identification des difficultés financières.

Le Président de la République, dans son discours prononcé le 18 septembre 2008 à l'occasion d'un déplacement dans une maison de santé à Bletterans, dans le Jura, a salué la proposition du rapport Larcher de faire certifier les comptes des hôpitaux, laquelle devrait permettre d'accélérer le recours aux

outils comptables et de disposer d'une meilleure connaissance de la situation financière des établissements de santé.

3. Le dispositif proposé

Le **I** de l'article 9 modifie l'article L. 6145-16 du code de la santé publique afin d'instaurer une certification des établissements publics de santé. Il est précisé que cette certification est coordonnée par la Cour des comptes dans des conditions fixées par décret (**alinéa 3**). Il s'agit ici de la même rédaction que celle adoptée par l'Assemblée nationale et le Sénat dans l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, article censuré par le Conseil constitutionnel. En première lecture, l'Assemblée nationale avait proposé de spécifier que les comptes des EPS étaient certifiés par un commissaire aux comptes, comme c'est le cas pour les comptes des universités.

L'**alinéa 2** précise que seuls les comptes des EPS dont la liste est fixée par décret font l'objet d'une telle certification. Lors du débat sur ce thème en première lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 au Sénat, la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative avait en effet souhaité que « l'obligation de certification ne concerne, dans un premier temps, que les établissements publics de santé représentant un enjeu financier fort », l'obligation de certification pouvant s'avérer être une charge disproportionnée eu égard à l'enjeu financier pour les petits établissements.

Le **II** prévoit que la certification sera mise en place au plus tard pour la première fois pour les comptes du premier exercice qui commence quatre ans à compter de la publication de la loi (**alinéa 4**), c'est-à-dire pour les comptes de 2013. Cette période de transition devrait permettre d'approfondir les travaux menés par la direction de l'hospitalisation et des soins (DHOS) et direction générale des finances publiques (DGFIP) sur la qualité des comptes, et laisser le temps aux EPS de se saisir des outils comptables et budgétaires à leur disposition.

*

Sur avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette un amendement de Mme Catherine Génisson qui étend le principe de la certification des comptes aux établissements privés de santé.

Puis elle examine un amendement de M. Dominique Tian visant à supprimer la référence à la liste fixée par décret des établissements auxquels s'appliquera l'obligation de certification des comptes.

M. Dominique Tian. Il s'agit de poser le principe de certification des comptes des établissements publics de santé, qui avait été adopté à l'unanimité dans le PLFSS et que le Conseil constitutionnel avait censuré comme un cavalier social.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Un certain nombre de petits établissements n'ont pas suffisamment de ressources humaines et financières pour satisfaire à la certification.

M. Dominique Tian. Aussi bien le rapport Larcher que l'IGAS préconisent instamment cette disposition. Les établissements qui n'ont pas les moyens financiers de faire appel à un expert-comptable auraient d'ailleurs tout intérêt à faire appel d'urgence à un professionnel de la comptabilité !

M. le rapporteur. L'article 9 prévoit que les comptes des établissements publics de santé figurant sur une liste fixée par décret sont certifiés. Votre amendement tend à faire disparaître cette liste.

L'amendement est retiré pour être représenté au titre de l'article 88.

La Commission adopte ensuite un amendement du rapporteur visant à alléger la rédaction de l'article 9.

Puis elle examine deux amendements identiques de M. Dominique Tian et de Mme Catherine Génisson visant à rendre la certification obligatoire d'ici deux ans plutôt que quatre.

M. le rapporteur. Avis défavorable compte tenu des difficultés techniques qu'il y aura à mettre en place les plans comptables et les méthodologies de certification des comptes nécessaires.

La Commission rejette ces amendements.

Puis elle adopte l'article 9 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 9

Création d'une agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

La Commission examine un amendement du rapporteur créant une agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

M. Yves Bur. Cette disposition avait été censurée par le Conseil constitutionnel dans la loi de financement de la sécurité sociale parce qu'il s'agissait d'un cavalier. L'ANAP permettra de regrouper différentes structures, qu'il s'agisse de la mission pour l'appui à l'investissement hospitalier (MAINH), de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) et du groupement pour la modernisation des systèmes d'information hospitaliers (GMSIH).

La Commission adopte cet amendement.

Article 10

**Nouveau cadre d'emploi de praticien contractuel
pour les médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes
recrutés par les établissements publics de santé**

Cet article a pour objet de rendre le statut de praticien hospitalier plus attractif afin de conserver ces praticiens dans les établissements publics de santé et de favoriser le recrutement de nouveaux praticiens. Dans un contexte de démographie médicale tendue, il est ainsi prévu de mettre en place un régime d'emploi plus attractif qui puisse permettre le recrutement de nouveaux praticiens ou être proposé aux praticiens hospitaliers en fonction, lesquels pourraient alors opter pour ce nouveau régime dans le cadre d'un détachement pour une période limitée dans un premier temps puis plus durablement en sollicitant une mise en position de disponibilité.

Il étend par ailleurs aux praticiens hospitaliers des dispositions s'appliquant aux fonctionnaires de l'État et agents non titulaires de droit public et réforme la procédure d'autorisation d'exercice des praticiens à diplômes hors Union européenne (PADHUE).

• *Création d'un nouveau statut contractuel pour les praticiens hospitaliers*

Le **I** a pour objet de modifier l'article L. 6152-1 (**alinéa 1**) du chapitre II (« *Praticiens hospitaliers* ») du titre V (« *Personnels médicaux et pharmaceutiques* ») du livre I^{er} (« *Établissements de santé* ») de la sixième partie (« *Établissements et services de santé* ») du code de la santé publique afin d'y introduire une nouvelle catégorie de personnel des établissements publics de santé sous statut contractuel, de façon à renforcer l'attractivité de l'hôpital public pour les médecins et à offrir de nouvelles perspectives d'exercice et de rémunération aux praticiens désireux de s'impliquer activement dans la vie de l'hôpital.

Actuellement, l'article L. 6152-1 dispose que le personnel des établissements publics de santé comprend, outre les agents relevant de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et les personnels enseignants et hospitaliers, trois catégories de praticiens hospitaliers :

– des praticiens hospitaliers (médecins, odontologistes et des pharmaciens) statutaires ;

– des praticiens hospitaliers contractuels ;

– des praticiens hospitaliers à exercice limité, comme les praticiens contractuels associés, exerçant sous la responsabilité directe d'un médecin, d'un odontologiste ou d'un pharmacien et qui participent à l'activité de médecine, d'odontologie ou de pharmacie.

La réglementation actuelle prévoit ainsi déjà plusieurs statuts de recrutement sous contrat pour les personnels médicaux des établissements publics de santé.

Les différents statuts de recrutement sous contrat pour les personnels médicaux des établissements publics de santé prévus par la réglementation actuelle

« Ces statuts sont au nombre de quatre et répondent à des types de recrutement et/ou des catégories de praticiens différents :

– praticiens contractuels (articles R. 6152-401 et suivants du code de la santé publique) ;

– assistants et assistants associés des hôpitaux (articles R. 6152-501 et suivants du code de la santé publique) ;

– praticiens attachés et praticiens attachés associés (articles R. 6152-601 et suivants du code de la santé publique) ;

– praticiens adjoints contractuels (décret n° 95-569 du 6 mai 1995).

Le statut de praticien contractuel vise à pourvoir au remplacement temporaire de praticiens titulaires absents ou aux vacances de postes dans l'attente de la nomination d'un praticien titulaire. Les fonctions de praticien contractuel sont pour cette raison limitées à 2 ans ; toutefois pour l'exercice de certaines « missions spécifiques » dont la liste est fixée par arrêté (qui comprennent notamment l'activité dans les structures d'urgence, la prise en charge des addictions ou des IVG) le contrat peut être renouvelé sans limitation dans le temps. La rémunération des praticiens contractuels est fixée par le contrat dans la limite d'un plafond correspondant au 4^{ème} échelon majoré de 10 % de la grille de rémunération des praticiens hospitaliers.

Le statut d'assistant et d'assistant associé a pour but, d'une part, de recruter des praticiens récemment diplômés (assistants généralistes ou spécialistes) et d'autre part des praticiens qui n'ont pas la plénitude d'exercice en France ou qui sont engagés dans la procédure d'autorisation d'exercice (assistants associés). Le recrutement en qualité d'assistant pour les praticiens venant d'achever leur cursus vise à permettre à ces praticiens de pouvoir « tester » l'exercice hospitalier et de parfaire leur pratique professionnelle avant de choisir leur mode d'exercice futur (salarié ou libéral). La durée des fonctions sous ce statut est pour cette raison limitée à 6 années.

Le statut de praticien attaché et de praticien attaché associé est un statut qui permet le recrutement de praticien de plein exercice (praticiens attachés) ainsi que des praticiens qui n'ont pas la plénitude d'exercice en France (praticiens attachés associés) pour une quotité de travail modulable comprise entre une demi-journée hebdomadaire et dix demi-journées hebdomadaires (correspondant au temps plein des praticiens des établissements publics de santé). Le recrutement sous ce statut n'est pas limité dans le temps ; le recrutement s'effectue par contrat à durée déterminée pour une durée de 24 mois au plus à l'issue de laquelle le contrat devient un quasi-contrat à durée indéterminée (contrat triennal renouvelable par tacite reconduction). La rémunération du praticien évolue en fonction de l'ancienneté de fonctions et selon une grille se déroulant sur une durée de 24 ans. La rémunération des praticiens attachés et attachés associés évolue entre le niveau de rémunération de début de fonctions de l'assistant associé spécialiste et le 5^{ème} échelon de la grille des praticiens hospitaliers.

Le statut de praticiens adjoint contractuel (PAC) est un statut en voie d'extinction. Il permet le recrutement de praticiens à diplôme non communautaire qui ont satisfait à des épreuves de connaissances organisées par session annuelle entre 1995 et 2001. Ces praticiens titulaires de l'autorisation d'exercer en qualité de PAC ont la plénitude d'exercice en établissements publics de santé exclusivement. Ils peuvent obtenir la plénitude d'exercice à l'hôpital et en ville après 3 ans de fonctions de PAC ».

Source : ministère de la santé, de la jeunesse et des sports

Le 2^o du I (**alinéa 3**) introduit une nouvelle catégorie de personnel des établissements publics de santé sous statut contractuel.

Aux termes de l'**alinéa 4**, cette nouvelle catégorie de praticiens hospitaliers sous statut contractuel recouvre des médecins, des odontologistes et des pharmaciens recrutés par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus.

Il s'agit d'essayer de faire face à une situation de démographie médicale très tendue qui se caractérisait ainsi, fin 2007, par un taux de vacance global de postes de praticiens hospitaliers de 19,4 % pour les temps pleins et de 36 % pour les temps partiels.

- *Caractéristiques du nouveau statut contractuel*

Le II rétablit dans le code de la santé public un article L. 6152-3 (**alinéa 6**) qui détaille les caractéristiques de ce nouveau statut contractuel.

L'**alinéa 6** précise que les praticiens hospitaliers titulaires pourront bénéficier du nouveau statut contractuel dans le cadre d'un détachement.

La rémunération des praticiens qui y auront recours comportera une part fixe et une part variable en fonction du degré de réalisation des objectifs tant quantitatifs que qualitatifs et des engagements des médecins, des odontologistes et des pharmaciens qui seront recrutés avec ce type de contrat (**alinéa 7**). Il s'agit de reconnaître et de valoriser les engagements et les missions que peuvent exercer certains praticiens en plus de leur activité clinique, notamment les responsabilités institutionnelles ou les activités d'enseignement et de formation et d'inciter les praticiens à contribuer à l'activité et à la productivité des établissements publics de santé. Il convient de souligner qu'une part complémentaire variable (PCV) de rémunération, dont le montant est limité à 15 %, avait déjà été mise en place en 2006 en faveur des praticiens hospitaliers de chirurgie qui acceptaient de contractualiser sur des objectifs de qualité et d'activité, mais celle-ci n'a été mise en œuvre que dans un petit nombre de structures et son extension à d'autres spécialités présentait des difficultés de mise en œuvre.

L'**alinéa 8** dispose que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés à l'article L. 6114-1, dont le régime juridique est refondu à l'article 3 du présent projet de loi (*cf. supra*), conclus avec le directeur de l'agence régionale

de santé (ARS) préciseront le nombre maximum, la nature et les spécialités des emplois susceptibles d'être pourvus dans le cadre de ces nouveaux contrats.

C'est le centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG) qui sera chargé d'une mission de conseil et de suivi de ces personnels.

● *Extension aux praticiens hospitaliers de dispositions s'appliquant aux fonctionnaires de l'État et agents non titulaires de droit public*

Le **III** remplace la rédaction actuelle de l'article L. 6152-4 du chapitre II (« *Praticiens hospitaliers* ») du titre V (« *Personnels médicaux et pharmaceutiques* ») du livre I^{er} (« *Établissements de santé* ») de la sixième partie (« *Établissements et services de santé* ») du code de la santé publique, qui dispensent les hôpitaux locaux de recruter des praticiens hospitaliers sauf lorsque les médecins libéraux sont en nombre insuffisant pour assurer les soins, par des dispositions qui visent à étendre à l'ensemble des catégories de praticiens hospitaliers mentionnés à l'article L. 6152-4 un certain nombre de dispositions législatives qui ne s'appliquaient jusqu'ici qu'aux seuls personnels titulaires permanents professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PUPH).

En effet, à l'exception des personnels hospitalo-universitaires exerçant dans les centres hospitalo-universitaires qui ont la qualité de fonctionnaires de l'État, les autres catégories de praticiens hospitaliers sont des agents publics auxquels ne s'appliquent pas automatiquement certaines dispositions qui visent les seuls fonctionnaires de l'État et agents non titulaires de droit public.

La nouvelle rédaction de l'article L. 6152-4 étend ainsi aux praticiens hospitaliers :

– les dispositions de l'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, dite loi Le Pors, relatives aux conditions d'exercice d'une activité privée lucrative, de détention de parts sociales, de production des œuvres de l'esprit et d'exercice de professions libérales (**alinéa 12**) ;

– les dispositions des 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 relative aux conditions dans lesquelles l'accomplissement d'un service à temps partiel peut être accordé de plein droit en cas de création ou de reprise d'entreprise (**alinéa 13**) ;

– les dispositions de 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 qui soumet notamment à une commission de déontologie placée auprès du Premier ministre la compatibilité de toute activité lucrative avec les fonctions précédemment exercées dans les trois ans (**alinéa 14**) ;

– les dispositions des articles L. 413-1 à L. 413-15 du code de la recherche relatives à la participation des personnels de la recherche à la création d’entreprises, à l’apport d’un concours scientifique ou la participation au capital d’une entreprise existante et à la participation des personnels de la recherche au conseil d’administration ou au conseil de surveillance d’une société anonyme (**alinéa 16**).

Le **IV (alinéa 16)** modifie l’article L. 112-2 du chapitre II (« *Objectifs et moyens institutionnels de la recherche publique* ») du titre I^{er} (« *Orientation de la recherche et du développement technologique* ») du livre I^{er} (« *L’organisation générale de la recherche et du développement technologique* ») du code de la recherche afin d’ajouter les établissements de santé à la liste des organismes dans lesquels est organisée la recherche publique, à côté des services publics, notamment les établissements publics d’enseignement supérieur et les établissements publics de recherche, et des entreprises publiques.

Cette organisation de la recherche publique dans les établissements de santé serait de nature, d’après le rapport d’avril 2008 de la commission de concertation sur les missions de l’hôpital présidée par M. Gérard Larcher, à renforcer l’attractivité des carrières à l’hôpital.

Le **V (alinéa 17)** modifie 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 qui vise à exclure les personnels médicaux hospitaliers du champ d’application des dispositions du statut de la fonction publique hospitalière. En effet, l’article 2 actuel comporte d’anciennes références législatives aux médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers auxquelles il convient de substituer les références actuelles de l’article L. 6152-1 du code de la santé publique.

Le **VI (alinéa 19)** ajoute une phrase à l’article L. 952-23 de la section 3 (« *Dispositions propres aux personnels enseignants et hospitaliers* ») du chapitre II (« *Les enseignants-chercheurs, les enseignants et les chercheurs* ») du titre V (« *Les personnels de l’enseignement supérieur* ») du livre IX (« *Les personnels de l’éducation* ») de la quatrième partie (« *Les personnels* ») du code de l’éducation afin de déclasser au niveau réglementaire (décret) le régime indemnitaire des personnels enseignants et hospitaliers (PU-PH).

• *Modification de la procédure d’autorisation d’exercice des praticiens à diplôme hors union européenne (PADHUE)*

Le **VII** et le **VIII** modifient la procédure d’autorisation d’exercice des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) dans le sens d’un aménagement des modalités d’évaluation et d’une meilleure intégration de ces praticiens, afin que ces professionnels qui jouent un rôle important dans certains hôpitaux, voient leur travail mieux reconnu et accèdent au plein exercice de leur métier, ainsi que l’a exprimé le Président de la République, M. Nicolas Sarkozy, dans son discours du 17 avril 2008.

Ces praticiens (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens), qui sont pour un grand nombre de nationalité française mais ont obtenu leur diplôme dans des pays hors de l'Union européenne, exercent en France, souvent sous le statut de praticien associé alors qu'ils exercent des fonctions analogues aux praticiens hospitaliers, et sans pouvoir jouir de la plénitude d'exercice puisqu'ils ne peuvent ni s'établir à leur compte, ni travailler dans un établissement privé de santé. La Haute autorité de lutte contre les discriminations (HALDE) a souligné dans sa délibération du 27 février 2006, que c'est « *dans l'exploitation qui est faite de leur absence de statut alors même que leurs responsabilités concrètes sont identiques, que la discrimination à leur égard trouve sa source* ». Il s'agit donc d'améliorer le régime juridique de ces professionnels qui ont été recrutés dans les hôpitaux français et à qui il convient de proposer un avenir satisfaisant tout en répondant aux besoins de santé publique.

Pour être autorisés à exercer en France, les PADHUE doivent suivre une procédure d'autorisation d'exercice qui a connu des évolutions importantes en 2004 et 2006 (loi du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007). Cette procédure comprend trois étapes : des épreuves de vérifications des connaissances, l'exercice de fonctions hospitalières et le passage devant une commission chargée de donner un avis au ministre.

On peut estimer à 6 000 le nombre de PADHUE exerçant dans les établissements de santé sans disposer de la plénitude d'exercice. La procédure mise en place en 2006 destinée à favoriser les praticiens exerçant en France depuis longtemps a déjà permis d'en autoriser 1 500.

Le **VII (alinéa 20)** modifie l'article L. 4111-2 du chapitre I^{er} (« *Conditions générales d'exercice* ») du titre I^{er} (« *Exercice des professions médicales* ») du livre I^{er} (« *Professions médicales* ») de la quatrième partie (« *Professions de santé* ») du code de la santé publique relatif aux professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme afin d'améliorer le dispositif, sans revenir sur l'équilibre de la procédure et les principes de fond axés sur les compétences.

Le ministre chargé de la santé continue de pouvoir autoriser individuellement, après avis d'une commission, à exercer les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant l'exercice de la profession de médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre.

Les conditions relatives à cette autorisation sont cependant aménagées. Si les candidats doivent toujours avoir satisfait à des épreuves anonymes de vérification de leurs connaissances, organisées par profession, discipline ou spécialité, le **a) du 1^o** prévoit que ces épreuves ne portent plus sur leur maîtrise de la langue française et qu'il leur suffit désormais de justifier d'un niveau suffisant de maîtrise de la langue française, sans que les modalités de vérification de ce niveau de maîtrise ne soient explicitées dans la loi (**alinéa 23**).

Le **b) du 1°** renvoie ainsi à des dispositions réglementaires les conditions dans lesquelles les postulants seront amenés à justifier d'un niveau suffisant de maîtrise de la langue française (**alinéa 24**). On peut penser que l'épreuve anonyme de vérification de maîtrise de la langue française, dont l'expérience montre qu'elle n'est pas adaptée, sera remplacée par une attestation de niveau ou un diplôme produit au moment de l'inscription aux épreuves.

Par ailleurs, le **2°** du VII porte à trois fois au lieu de deux fois la possibilité pour tous de se présenter aux épreuves de vérification des connaissances, et de solliciter l'autorisation d'exercice (**alinéa 25**).

Le **3°** du VII vise à demander aux chirurgiens dentistes et aux sages-femmes de justifier de l'exercice de fonctions hospitalières pendant un an avant de pouvoir obtenir l'autorisation d'exercice afin de permettre l'évaluation des pratiques professionnelles. Le principe est le même que pour les médecins et les pharmaciens qui doivent déjà effectuer trois ans à l'hôpital.

Ainsi les candidats à la profession de chirurgien-dentiste qui auront satisfait aux épreuves anonymes de vérification de leurs connaissances, devront 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 pourront être prises en compte après avis de la commission susmentionnée, dans des conditions fixées par voie réglementaire (**alinéa 27**).

De la même façon, les candidats à la profession de sage-femme qui auront satisfait aux épreuves anonymes de vérification de leurs connaissances, devront 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. Il est par ailleurs précisé que les sages-femmes ainsi recrutées le seront conformément aux dispositions du 4° de l'article L. 6152-1 du présent code, c'est-à-dire comme praticiens contractuels associés, dans des conditions fixées par voie réglementaire (**alinéa 27**).

Le **VIII (alinéa 29)** modifie l'article L. 4221-12 du chapitre I^{er} (« Conditions d'exercice ») du titre II (« Exercice de la profession de pharmacien ») du livre II (« Professions de la pharmacie ») de la quatrième partie (« Professions de santé ») du code de la santé publique relatif à la profession de pharmacien.

Le **1°** du VIII dispose que les candidats doivent toujours avoir satisfait à des épreuves anonymes de vérification de leurs connaissances, organisées par spécialité mais prévoit que ces épreuves ne portent plus sur leur maîtrise de la langue française et qu'il leur suffit désormais de justifier d'un niveau suffisant de maîtrise de la langue française, dont les conditions d'appréciation sont renvoyées au pouvoir réglementaire (**alinéa 31**).

Par ailleurs, le 2^o du VIII porte également à trois fois au lieu de deux fois la possibilité pour les candidats à la profession de pharmacien de se présenter aux épreuves de vérification des connaissances et de solliciter l'autorisation d'exercice (**alinéa 32**).

*

*Après avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** un amendement de Mme Jacqueline Fraysse supprimant la possibilité de recruter dans les hôpitaux publics des praticiens hospitaliers sous statut contractuel attractif.*

Elle examine un amendement de Mme Bérengère Poletti visant à mentionner les sages-femmes, à côté des médecins et des odontologistes, dans la liste des bénéficiaires potentiels de ce nouveau contrat.

M. le rapporteur. Cela conférerait aux sages-femmes le statut de praticien hospitalier. Une telle évolution ne peut s'envisager sans une large concertation préalable.

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** cet amendement.*

*Puis elle **rejette** un autre amendement de Mme Bérengère Poletti ayant le même objet.*

*Après avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** un amendement de M. Jean-Luc Prél proposant d'élargir la possibilité de recruter des praticiens contractuels au-delà des seuls emplois « présentant une difficulté particulière à être pourvus ».*

*Elle **rejette** de même un amendement de M. Yves Bur visant à élargir les cas de recours à ce nouveau type de contrat aux difficultés particulières liées aux restructurations dans les établissements engagés dans un processus d'adhésions à une communauté hospitalière de territoires.*

*Après avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** un amendement de M. Claude Leteurre visant à aménager dans les établissements publics de santé la notion de séparation entre ordonnateurs et comptables en disposant que le directeur a « autorité sur le comptable public, dans le respect de ses attributions ».*

La Commission examine un amendement de M. Bernard Debré visant à supprimer la possibilité qu'un praticien hospitalier soit détaché sur le nouveau contrat prévu à l'article 10.

M. Bernard Debré. On ne peut pas faire travailler dans un service où les médecins sont rémunérés pour l'exercice de missions de service public d'autres

médecins, libéraux et payés au rendement. Les médecins n'auront plus aucune raison de travailler à temps plein ! Et les services seront entièrement désorganisés.

Mme Michèle Delaunay. C'est vrai.

M. Jean-Marie Le Guen. Au prétexte de rattraper les tarifs du privé, qui pourraient être abaissés en limitant la rémunération de certains actes ou en revoyant la classification commune des actes médicaux, on va créer de graves conflits à l'hôpital en mettant en avant un certain nombre d'hyperspécialités médicales, ce qui va nous mettre à dos toutes les autres spécialités.

Mme Jacqueline Fraysse. Je partage le souci de M. Debré. Il faut que les médecins hospitaliers soient suffisamment bien traités pour avoir envie de rester à l'hôpital.

M. Jacques Domergue. Envisager un autre mode de rémunération pour certains médecins n'est pas mauvais dans la mesure où l'on veut aussi modifier les statuts pour inciter davantage certains professionnels à l'activité. Par ailleurs, c'est aussi un bon moyen pour rapprocher les financements des secteurs public et privé.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Nous sommes en train de légiférer pour des établissements de toutes tailles. Or, l'attractivité de certains sera grandement favorisée par ce nouveau type de recrutement contractuel prévu par l'article 10.

Contrairement à l'avis défavorable du rapporteur, la Commission adopte l'amendement.

La Commission examine un amendement de M. Jean-Luc Préel tendant à supprimer l'alinéa 8 prévoyant qu'un nombre maximal d'emplois de médecin, odontologiste ou pharmacien pouvant bénéficier du nouveau statut contractuel sera fixé au sein de chaque établissement dans son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

M. Jean-Luc Préel. La rémunération des praticiens hospitaliers n'est pas satisfaisante, car elle ne prend pas en considération la pénibilité de leur travail, leurs responsabilités, ni leur engagement. Afin d'y remédier, le projet de loi autorise des recrutements par voie contractuelle pour des emplois particulièrement difficiles à pourvoir. Mon amendement tend à supprimer la disposition qui limite leur nombre.

M. le rapporteur. Je pense au contraire qu'il est nécessaire d'instaurer une mesure progressive, ne serait-ce que pour éviter des effets d'aubaine.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette cet amendement.

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** un amendement de Mme Bérengère Poletti tendant à inclure les sages-femmes parmi les professions pouvant être recrutées par voie contractuelle.*

*Puis, elle **adopte** un amendement du rapporteur tendant à corriger une erreur matérielle.*

*M. Bernard Debré **retire** un amendement ayant pour objet de supprimer l'alinéa 16.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** ensuite un amendement de Mme Isabelle Vasseur tendant à inclure aux côtés des médecins, odontologistes et pharmaciens, les sages-femmes parmi les professions soustraites du champ d'application des dispositions du statut de la fonction publique hospitalière.*

La Commission examine ensuite un amendement de Mme Marie-Christine Dalloz tendant à ce que les personnes ayant obtenu un diplôme interuniversitaire de spécialisation (DIS), totalisant trois années d'exercice après leur formation et pouvant justifier de fonctions médicales rémunérées au cours des deux années précédant la publication de la présente loi soient réputées avoir satisfait aux épreuves anonymes de vérification des connaissances et justifier d'un niveau suffisant de maîtrise de la langue française.

Mme Marie-Christine Dalloz. Je précise que cet amendement est conforme à la position de la HALDE qui a souligné le caractère discriminatoire du traitement réservé aux titulaires du DIS.

M. le rapporteur. Le DIS est un diplôme de spécialité ne permettant pas le plein exercice en France et non une épreuve de vérification des connaissances s'inscrivant dans le cadre d'une procédure d'autorisation. Accordé dans le cadre d'accords de coopération, il impose à ses titulaires de retourner dans leur pays d'origine pour exercer leur activité. S'ils souhaitent s'installer en France, il leur faut normalement passer les épreuves actuelles de vérification des connaissances sous la forme d'un examen.

Afin de respecter un équilibre dans cette délicate affaire de fuite des cerveaux, qui concerne entre 150 et 200 personnes, nous devons continuer à exiger que les intéressés passent les examens français. Par conséquent, avis défavorable.

M. Paul Jeanneteau. Il arrive que des médecins ou des pharmaciens, qui étaient d'abord repartis dans leur pays d'origine, soient obligés de revenir en France, souvent pour des raisons politiques. Or ils ne peuvent pas exercer chez nous. La Cour européenne des droits de l'homme risque fort de nous condamner pour cela, tout comme la HALDE.

*Contrairement à l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **adopte** cet amendement.*

Considérant que leurs amendements tendant à élargir le champ des dispenses d'examen sont satisfaits, Mme Jacqueline Fraysse, Mme Marie-Christine Dalloz et M. Rémi Delatte les retirent.

La Commission adopte l'article 10 ainsi modifié.

Article 11

Simplification du régime relatif aux cessions immobilières, baux et contrats de partenariat

Le **I** a pour objet d'abroger l'article L. 6145-6 du chapitre V (« *Organisation financière* ») du titre IV (« *Établissement publics de santé* ») du livre I^{er} (« *Établissement de santé* ») de la sixième partie (« *Établissements et service de santé* ») du code de la santé publique afin de supprimer le double contrôle de légalité qui existe aujourd'hui sur certains actes des établissements publics de santé.

L'article L. 6145-6 précise actuellement les modalités du contrôle par le représentant de l'État des baux conclus en application de l'article L. 6148-2, c'est-à-dire des baux emphytéotiques, ainsi que des marchés et des contrats de partenariat des établissements publics de santé.

Un bail emphytéotique, ou emphytéose, est un bail de très longue durée, par lequel le propriétaire (le bailleur) d'un immeuble confie celui-ci à un preneur (l'emphytéote) pour une durée de 18 à 99 ans, moyennant un loyer modique. Le preneur dispose d'un droit réel sur le bien concerné et toutes les améliorations effectuées par lui bénéficient au propriétaire à la fin du bail. L'article 6148-2 du code de la santé publique relatif aux baux emphytéotiques hospitaliers (BEH) dispose que ceux-ci ne peuvent être conclus que pour un bien immobilier appartenant à un établissement public de santé ou à une structure de coopération sanitaire dotée de la personnalité morale publique.

Créé par l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004, le contrat de partenariat est venu compléter la panoplie des outils de la commande publique en France. Il s'agit d'un contrat administratif par lequel l'État, les collectivités territoriales ou leurs établissements publics confient à un tiers, pour une période déterminée en fonction de la durée d'amortissement des investissements ou des modalités de financement retenues, une mission globale relative au financement d'investissements immatériels, d'ouvrages ou d'équipements nécessaires au service public, à la construction ou transformation des ouvrages ou équipements, ainsi qu'à leur entretien, leur maintenance, leur exploitation ou leur gestion, et, le cas échéant, à d'autres prestations de services concourant à l'exercice, par la personne publique, de la mission de service public dont elle est chargée. Le contrat de partenariat peut également comprendre tout ou partie de la conception des ouvrages.

Ces nouveaux outils juridiques, dont le 9° de l'article L. 6143-7 dans sa nouvelle rédaction proposée par l'article 6 du présent projet de loi (*cf. supra*) précise qu'ils sont conclus par le directeur de l'établissement public de santé, ont été mis à disposition des établissements publics de santé afin de leur permettre de recourir à des dispositifs nouveaux pour leurs opérations d'investissement en levant certaines contraintes du droit de la domanialité publique et du droit de la maîtrise d'ouvrage.

Le troisième alinéa de l'article L. 6143-4 dans sa nouvelle rédaction proposée à l'article 6 (*cf. supra*) dispose que les décisions du directeur relatives à la conclusion des baux emphytéotiques et des contrats de partenariat sont exécutoires de plein droit dès réception par le directeur général de l'agence régionale de santé qui peut déférer celles d'entre elles qu'il estime illégales devant le juge administratif et assortir son recours d'une demande de suspension.

Or l'article L. 6145-6 dispose parallèlement que ces baux emphytéotiques hospitaliers, marchés et contrats de partenariat des établissements publics de santé sont exécutoires dès leur réception par le représentant de l'État qui peut assurer à leur égard un nouveau contrôle de légalité identique à celui confié au directeur de l'ARS par les dispositions susmentionnées de l'article L. 6143-4, en déférant au tribunal administratif, dans les deux mois suivant la réception, les décisions qu'il estime illégales.

Afin de supprimer une procédure qui doublonne celle prévue à l'article L. 6143-4, le I de l'article 11 abroge l'article L. 6145-6.

Le II rétablit un article L. 6148-6 au chapitre VIII (« *Domaine et investissement immobilier des établissements publics de santé* ») du titre IV (« *Établissement publics de santé* ») du livre I^{er} (« *Établissement de santé* ») de la sixième partie (« *Établissements et service de santé* ») du code de la santé publique dont l'objet est d'étendre aux établissements publics de santé une disposition qui permet de mettre en vente un bien du domaine public avant que la procédure de déclassement ait abouti, afin d'accélérer les cessions d'immeubles.

L'article L. 2141-2 du chapitre I^{er} (« *Règles générales* ») du titre IV (« *Sortie des biens du domaine public* ») du livre I^{er} (« *Biens relevant du domaine public* ») de la deuxième partie (« *Gestion* ») du code général de la propriété des personnes publiques prévoit la possibilité de prononcer le déclassement d'une installation relevant du domaine public et affecté à un service public dès que sa désaffectation a été décidée alors même que les nécessités du service public justifient que cette désaffectation ne prenne effet que dans un délai fixé par décret, de trois ans maximum après sa vente. Ces dispositions de l'article L. 2141-2 du code général de la propriété des personnes publiques ne sont toutefois aujourd'hui applicables qu'à l'État et à ses établissements publics.

C'est pourquoi il est proposé d'étendre aux établissements publics de santé une disposition qui permet utilement de mettre en vente un bien du domaine

public avant que la procédure de déclassement ait abouti, afin d'accélérer les cessions d'immeubles.

Il convient de souligner que l'article 19 du projet de loi n° 1360 pour l'accélération des programmes de construction et d'investissement publics et privés, adopté en termes identiques par l'Assemblée nationale et le Sénat, contient une disposition strictement identique au II de l'article 11.

*

*La Commission **adopte** l'article 11 sans modification.*

Article additionnel après l'article 11

Assouplissement des conditions de passation des marchés

La Commission examine trois amendements identiques, respectivement déposés par M. Yves Bur, Mme Catherine Génisson et M. Jean-Luc Prével, ayant pour objet d'étendre aux centres hospitaliers universitaires (CHU), aux communautés hospitalières de territoires (CHT) et aux groupements de coopération sanitaire (GSC) de droit public les dispositions relatives aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics.

Mme Marisol Touraine. Il s'agit d'assouplir les règles applicables aux marchés publics.

M. Jean-Luc Prével. Je rappelle que c'était l'un des objectifs retenus par le rapport de la Commission relative aux missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher.

M. le rapporteur. Plusieurs dispositions de même objet ont déjà été adoptées par décret en décembre 2008 à l'occasion du plan de relance et répondent à certaines attentes des gestionnaires hospitaliers. Je suis néanmoins favorable à ces mesures qui vont encore plus loin dans le sens d'un assouplissement des conditions de passation des marchés.

*La Commission **adopte** ces amendements.*

Article additionnel après l'article 11

Intéressement des personnels des établissements de santé

Elle examine ensuite deux amendements identiques, respectivement déposés par M. Yves Bur et par M. Jean-Luc Prével, tendant à mettre en place des dispositifs d'intéressement financier destinés aux personnels lorsque l'établissement financé à l'activité dégage un excédent au compte de résultat.

M. Gérard Bapt. Le Président de la République a annoncé que cette mesure ne s'appliquerait qu'aux hôpitaux dégageant des excédents. Croyez-vous qu'il y aura de nombreux bénéficiaires ?

M. Yves Bur, président. Contrairement à vous, nous sommes optimistes !

Suivant l'avis favorable du rapporteur, la Commission adopte ces amendements.

CHAPITRE III

Favoriser les coopérations entre établissements de santé

Article 12

Communautés hospitalières de territoire (CHT)

L'article 12 a pour objet de définir le régime juridique d'une nouvelle formule d'organisation des établissements publics destinée à fournir un cadre d'intégration et de développement de projets de gestion communs entre ces établissements. Proposition emblématique du rapport d'avril 2008 de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par M. Gérard Larcher, la communauté hospitalière de territoire (CHT) vise à favoriser le développement de complémentarités et les rapprochements entre hôpitaux publics autour de projets pertinents en termes d'activité médicale, de taille des établissements et de flux de population. La mise en œuvre des CHT, qui doit permettre de mieux organiser l'offre publique de soins sur les territoires de santé, poursuit ainsi un triple objectif :

– améliorer l'adéquation de l'offre et de la demande de soins sur un territoire donné et adapter la taille des établissements dans une logique de performance ;

– assurer une offre graduée garantissant le juste soin, en partant du constat que chaque établissement ne peut pas assumer l'intégralité des missions d'un établissement de santé (permanence des soins, recherche, prise en charge des personnes âgées, chirurgie, réanimation, prise en charge de la précarité ...) ;

– offrir aux établissements de santé des solutions intégrées de gestion pour développer des stratégies communes et mutualiser les moyens afin de les optimiser.

Le I a pour objet de supprimer les dispositions actuelles du chapitre II (« *Syndicats interhospitaliers* ») du titre III (« *Coopération* ») du livre I^{er} (« *Établissements de santé* ») de la sixième partie (« *Établissements et services de santé* »), de renommer ce chapitre II « *Communautés hospitalières de territoire* » et de détailler le régime juridique de cette nouvelle formule d'organisation des établissements publics.

En remplaçant les dispositions de l'actuel chapitre II, l'article 12 supprime de l'ordonnancement juridique une modalité particulière d'organisation des établissements publics de santé, les syndicats interhospitaliers (SIH), qui n'avait pas fait preuve de leur efficacité.

Créés par la loi du 31 décembre 1970, cette structure interhospitalière facultative disposant de la personnalité morale, créée à la demande de deux ou plusieurs établissements assurant le service public hospitalier dont un au moins doit être un établissement public de santé, n'a en effet pas eu le succès escompté, les hôpitaux ayant très peu recours à cette formule dont ils ont craint le caractère centralisateur. L'échec des syndicats interhospitaliers d'informatique, préconisés par le ministère de la santé en 1983 illustre tout particulièrement cette réticence. Depuis l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003, il était désormais impossible de créer des syndicats interhospitaliers, ceux existant continuant néanmoins à fonctionner. Le III de l'article 13 du présent projet de loi (*cf. infra*) dispose que les SIH existants devront, dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, poursuivre leurs activités soit sous la forme d'une communauté hospitalière de territoire (CHT), soit sous la forme d'un groupement de coopération sanitaire (GCS).

L'article 12 remplace les dispositions relatives aux syndicats interhospitaliers par quinze nouveaux articles du code de la santé publique précisant le régime juridique des communautés hospitalières de territoire (CHT).

• *Principes généraux des CHT*

L'article L. 6132-1 (**alinéa 4 et 5**) fixe en premier lieu quelques principes généraux relatifs aux CHT :

– cette nouvelle formule d'organisation est strictement réservée aux établissements publics de santé ;

– les CHT ont normalement vocation à être constituées par des établissements volontaires ;

– les objectifs poursuivis par une CHT sont 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 qui la composent. La délégation désigne l'action par laquelle un établissement public de santé confie à un autre établissement une ou plusieurs missions particulières. Elle comprend l'idée de supervision. Le transfert se définit en revanche comme l'action de déplacer une ou plusieurs missions d'un établissement à un autre : celles-ci sont confiées dans leur totalité, y compris en termes de responsabilité ;

– un établissement de santé ne peut appartenir qu'à une seule CHT ;

– un des établissements publics qui composent la CHT a le rôle de siège de la communauté hospitalière de territoire.

- *Modalités d'approbation de la convention constitutive d'une CHT*

L'article L. 6132-2 (**alinéa 6**) fixe les modalités d'approbation de la convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire décrite à l'article L. 6132-3 (*cf. infra*).

Il revient au directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort de laquelle sont situés les établissements publics de santé qui forment une CHT, ou, le cas échéant, aux directeurs généraux des agences régionales de santé concernés lorsque la CHT regroupe des établissements publics de santé se trouvant dans un champ territorial qui excède le champ de compétence d'une seule agence régionale de santé, d'approuver la convention constitutive de la CHT. Avant cette approbation, le ou les directeurs généraux des agences régionales doivent recueillir l'avis des représentants de l'État dans les régions concernées, c'est-à-dire des préfets de région.

Cette approbation intervient soit à l'initiative des établissements publics de santé, dans le cas où la CHT est constituée sur la base du volontariat des établissements qui la composent, soit dans les conditions prévues aux articles L. 6131-1 à L. 6131-3 du code de la santé publique qui se réfèrent aux modalités de constitution par le directeur de l'agence régionale de santé des conférences sanitaires, structure interhospitalière obligatoire instaurée par la loi hospitalière du 31 juillet 1991. Cette deuxième hypothèse consacre la possibilité que le directeur général d'une agence régionale de santé crée de sa propre initiative une CHT. Cette disposition, qui s'inspire du régime juridique des communautés de communes, est une sécurité dans l'hypothèse où un ou plusieurs établissements publics de santé bloqueraient une dynamique de coopération à laquelle ils sont pourtant indispensables. Le principe général posé à l'alinéa 4 reste le volontariat mais des établissements publics de santé ne doivent pas avoir de pouvoir de blocage.

Dès lors que la convention constitutive est approuvée dans ces conditions, la CHT est constituée et son établissement siège est désigné.

- *Modalités de conclusion et contenu des conventions constitutives de CHT*

L'article L. 6132-3 (**alinéa 7**) a pour objet de préciser les règles relatives aux conventions constitutives de CHT qui fixent les droits et obligations des établissements membres.

La convention constitutive d'une CHT est conclue par les directeurs des établissements membres, ce qui participe ainsi au renforcement de leurs pouvoirs opéré par le présent projet de loi, après un simple avis de leurs conseils de surveillance, conformément au recentrage des pouvoirs du conseil de surveillance sur son rôle de contrôle.

Cette convention constitutive doit impérativement désigner l'établissement siège de la CHT. Elle doit également, même si d'autres points peuvent également

y figurer comme le laisse entendre l’adverbe « *notamment* », comporter obligatoirement les éléments suivants :

– le projet médical commun que les établissements publics de santé constituant une CHT doivent élaborer ainsi que les compétences ou les activités que les établissements membres décident de déléguer ou transférer (**alinéa 8**) ;

– la composition du conseil de surveillance, du directoire et des organes représentatifs du personnel de l’établissement siège de la communauté hospitalière de territoire (**alinéa 9**). Chacun de ces organes de l’établissement siège de la CHT doit en effet comprendre des représentants des autres établissements membres selon des modalités définies à l’article L. 6132-4 (*cf. infra*) ;

– les modalités de mise en cohérence de différents contrats, projets, plans et programmes qui sont élaborés tant au niveau de l’établissement siège de la CHT que des autres établissements qui la composent (**alinéa 10**). Il s’agit des contrats pluriannuels d’objectifs et de moyens, dont les modalités de mise en cohérence sont définies à l’article L. 6132-7, des projets médicaux, dont les modalités de mise en cohérence sont définies à l’article L. 6132-6, des projets d’établissement, dont les modalités de mise en cohérence sont définies à l’article L. 6132-5, des plans globaux de financement pluriannuels et des programmes d’investissement, dont les modalités de mise en cohérence sont définies à l’article L. 6132-7 (*cf. infra*). La référence dans cet alinéa à l’article L. 6132-8 est certainement erronée dans la mesure où cet article ne concerne aucun des contrats, projets, plans et programmes dont il est ici question ;

– les modalités de coopération entre les établissements membres de la communauté hospitalière de territoire en matière de gestion ainsi que les modalités de mise en commun des ressources humaines et des systèmes d’information hospitaliers (**alinéa 11**). La gestion, les ressources humaines et les systèmes d’information constituent en effet des domaines privilégiés où la mutualisation des moyens au sein d’une CHT est susceptible d’apporter des gains d’efficacité. Toute constitution de CHT devra donc impérativement comporter des mesures de mutualisation des moyens dans ces trois domaines ;

– les modalités de fixation des frais pour services rendus acquittés par les établissements membres de la communauté hospitalière de territoire au bénéfice des autres établissements en contrepartie des missions assurées par ceux-ci pour leur compte. Si les établissements qui composent la CHT n’arrivent pas à se mettre d’accord sur l’évaluation de ces frais, c’est le directeur général de l’agence régionale de santé compétente à l’égard de l’établissement siège qui en fixera le montant (**alinéa 12**).

● *Représentation des membres des organes directionnels et consultatifs des établissements qui composent la CHT au sein des mêmes organes de l'établissement siège*

L'article L. 6132-4 (**alinéa 13**) pose le principe d'une représentation des membres des organes directionnels (conseils de surveillance et directoire) et consultatifs (commission médicale d'établissement et instances de représentation et de consultation du personnel) des établissements qui composent la CHT au sein des mêmes organes de l'établissement siège.

L'alinéa 13 pose le principe d'une représentation des membres des conseils de surveillance des établissements qui composent la CHT au sein du conseil de surveillance de l'établissement siège et introduit ainsi une exception aux règles générales relatives à la composition des conseils de surveillance définies à l'article L. 6143-5. Il est précisé que, au sein du conseil de surveillance de l'établissement siège, le nombre des membres de chaque catégorie (représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements, représentants du personnel, personnalités qualifiées) est au maximum égal au nombre mentionné à l'article L. 6143-5, c'est-à-dire que pour chaque catégorie, celle-ci comportera au maximum quatre membres.

L'**alinéa 14** prévoit une représentation des membres des directoires des établissements qui composent la CHT au sein du directoire de l'établissement siège par exception aux règles générales relatives à la composition des directoires définies à l'article L. 6143-7-4.

L'**alinéa 15** prévoit une représentation des membres des commissions médicales d'établissement (CME) des établissements qui composent la CHT au sein de la commission médicale d'établissement de l'établissement siège par exception aux règles générales relatives à la composition des commissions médicales d'établissement définies à l'article L. 6144-1 (*cf.* le II de l'article 2).

L'**alinéa 16** dispose que les établissements membres d'une CHT peuvent créer, selon des modalités qui seront déterminées par voie réglementaire, des instances communes de représentation et de consultation du personnel.

● *Harmonisation des différents contrats, projets, plans et programmes qui sont élaborés tant au niveau de l'établissement siège de la CHT que des autres établissements qui la composent*

L'article L. 6132-5 (**alinéa 17**) dispose que les projets d'établissement des établissements membres doivent être rendus compatibles avec le projet d'établissement de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire dans un délai de six mois.

L'article L. 6132-6 (**alinéa 18**) prévoit que les projets médicaux des établissements membres doivent décliner, chacun pour ce qui le concerne, le projet médical commun de la communauté hospitalière de territoire qui figure

obligatoirement, aux termes du 1^o de l'article L. 6132-3 (*cf.* alinéa 8 du même article) dans la convention constitutive de la CHT.

L'article L. 6132-7 (**alinéa 19**) dispose qu'il incombe au président du directoire de l'établissement siège de la CHT, après avis du directoire de l'établissement siège de la CHT, de définir les orientations du programme d'investissement et de financement commun.

Il impose également que les programmes d'investissement des établissements membres d'une CHT et leurs plans globaux de financement pluriannuels soient rendus, dans un délai de six mois, compatibles avec les orientations du programme d'investissement et de financement commun de la CHT (**alinéa 20**).

L'**alinéa 21** prévoit que le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire doit contenir des orientations relatives aux complémentarités d'offre de soin des établissements membres et à leurs évolutions. Par ailleurs, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements membres de la CHT devront être rendus compatibles avec celui de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire dans un délai de six mois.

Enfin, l'**alinéa 22** dispose que la CHT devra établir les comptes agrégés de l'établissement siège de la communauté et de ses établissements membres. Les conditions et les modalités dans lesquelles le président du directoire de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire présentera ces comptes agrégés seront déterminées par voie réglementaire. Ces comptes agrégés devront être transmis au directeur général de l'agence régionale de santé compétent pour l'établissement siège.

L'article L. 6132-8 (**alinéa 23**) ouvre la possibilité à une CHT de ne constituer, pour l'ensemble des établissements membres, qu'une seule commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

Issue de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge (CRU) est présidée par le directeur chef d'établissement et comprend, outre deux représentants des usagers, deux médiateurs, l'un médecin, pour connaître ce qui met en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service, l'autre non médecin, pour instruire les autres plaintes et réclamation.

La CRU doit faciliter les démarches des usagers et veiller à ce qu'ils puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre leurs explications et être informés des suites de leurs demandes.

• *Transferts de compétences, d'autorisations d'activités de soins ou d'équipement matériel lourd et de biens meubles ou immeubles*

L'article L. 6132-9 (**alinéa 24**) fixe les règles juridiques relatives aux transferts de compétences, d'autorisations d'activités de soins ou d'équipement matériel lourd, et de biens meubles ou immeubles entre établissements publics de santé appartenant à une même CHT.

Le directeur de l'établissement siège d'une CHT peut décider, après avis des conseils de surveillance des établissements membres de la communauté hospitalière de territoire, de transférer des compétences et des autorisations d'activités de soins ou d'équipement matériel lourd entre les établissements membres de la communauté hospitalière de territoire. Il peut de la même façon supprimer des compétences et des autorisations d'activités de soins ou d'équipement matériel lourd aux établissements qui composent la CHT.

Ces transferts d'autorisation d'activités de soins ou d'équipement matériel lourd font l'objet de la confirmation d'autorisation prévue à l'article L. 6122-3 du code de la santé publique, c'est-à-dire que l'établissement de santé qui bénéficie du transfert de ces autorisations doit recevoir une confirmation de celles-ci par l'agence régionale de santé de la région dans laquelle se trouve l'autorisation transférée. La confirmation d'autorisation est, dans ce cas, délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé selon une procédure simplifiée fixée par voie réglementaire (**alinéa 24**).

Dans une telle hypothèse de transfert de compétences ou d'autorisations d'activités de soins ou d'équipement matériel lourd, les emplois attachés à ces compétences ou autorisations sont également transférés à l'établissement bénéficiaire de celles-ci. L'établissement de santé initialement titulaire des compétences ou autorisations transférées doit néanmoins, préalablement à ce transfert, informer son comité technique d'établissement (CTE), organe consultatif obligatoirement consulté sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement. Dans un tel cas de transfert, l'établissement bénéficiaire devient employeur des agents qui assuraient jusque-là les activités considérées et assure la responsabilité afférente aux autorisations, notamment au regard des obligations relatives à l'organisation et à la sécurité des soins (**alinéa 25**).

Alors que les précédents transferts de compétences ou d'autorisations étaient décidés par le seul directeur de l'établissement siège, l'**alinéa 26** ouvre également la possibilité de décider, après avis de son directoire, du transfert de la propriété de biens meubles et immeubles au profit d'autres établissements membres de la CHT ou au profit de l'établissement siège de celle-ci.

• *Cession ou échange de biens meubles et immeubles*

L'article 6132-10 (**alinéa 27**) décrit les règles juridiques relatives à la cession ou à l'échange de biens meubles et immeubles entre établissements publics de santé appartenant à une même CHT.

Il s'inscrit dans le cadre général fixé par l'article L. 6148-1 du chapitre VIII (« *Domaine et investissement immobilier des établissements publics de santé* ») du titre IV (« *Établissements publics de santé* ») du livre I^{er} (« *Établissements de santé* ») de la sixième partie (« *Établissements et services de santé* ») du code de la santé publique qui dispose que si, conformément aux dispositions de l'article L. 3111-1 du code général de la propriété des personnes publiques, les propriétés qui relèvent du domaine public des établissements publics de santé et de structures de coopération sanitaire dotées de la personnalité morale publique sont inaliénables et imprescriptibles, les propriétés qui relèvent de ce domaine peuvent toutefois être cédées dans les conditions prévues à l'article L. 3112-1 du code général de la propriété des personnes publiques ou échangées dans les conditions fixées aux articles L. 3112-2 et L. 3112-3 du même code.

Articles L. 3112-1 et L. 3112-2 du chapitre II (« Dérogations ») du titre unique (« Inaliénabilité et imprescriptibilité ») du livre I^{er} (« Biens relevant du domaine public ») de la troisième partie (« Cession ») du code général de la propriété des personnes publiques

« Article L. 3112-1 - Les biens des personnes publiques mentionnées à l'article L. 1, qui relèvent de leur domaine public, peuvent être cédés à l'amiable, sans déclassement préalable, entre ces personnes publiques, lorsqu'ils sont destinés à l'exercice des compétences de la personne publique qui les acquiert et relèveront de son domaine public.

Article L. 3112-2 - En vue de permettre l'amélioration des conditions d'exercice d'une mission de service public, les biens mentionnés à l'article L. 3112-1 peuvent également être échangés entre personnes publiques dans les conditions mentionnées à cet article. L'acte d'échange comporte des clauses permettant de préserver l'existence et la continuité du service public ».

L'**alinéa 28** dispose ainsi qu'un établissement public de santé membre d'une CHT, qui transfère une activité de soins à un autre établissement membre de la même communauté, peut lui céder les biens meubles et immeubles relevant du domaine public affectés à cette activité.

De même, l'**alinéa 29** prévoit qu'il peut être procédé à un échange de biens et immeubles relevant du domaine public entre deux établissements publics de santé membres d'une même CHT. Cet échange correspond à un transfert réciproque d'activités de soins.

L'**alinéa 30** dispose que la cession ou l'échange mentionnés aux alinéas 28 et 29 ainsi que les droits et obligations y afférents, ne donnent lieu à la perception d'aucune indemnité, taxe, salaire ou honoraire, ce qui est conforme aux prescriptions de l'article L. 6148-1 du code général de la propriété des personnes publiques auquel l'article L. 6132-10 du code de la santé publique n'entend pas déroger (*cf. supra*). Il indique également que le directeur général de l'agence régionale de santé authentifie les transferts de propriété immobilière en vue de leur publication au bureau des hypothèques par une décision qui en détermine la date et en précise, en tant que de besoin, les modalités.

- *Mise à disposition de biens meubles et immeubles*

L'article L. 6132-11 (**alinéa 31**) prévoit qu'en cas de transferts d'activités entre des établissements publics de santé membres d'une même communauté hospitalière de territoire, les biens meubles et immeubles nécessaires à l'exercice des activités transférées peuvent être mis à disposition de l'établissement bénéficiaire.

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 alors l'ensemble des obligations du propriétaire (**alinéa 32**).

Il est également 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 (**alinéa 33**).

En cas de désaffectation totale ou partielle des biens mis à disposition en application des alinéas 31 à 33, l'établissement public de santé antérieurement propriétaire recouvre l'ensemble de ses droits et obligations sur les biens désaffectés (**alinéa 34**).

- *Dissolution d'une communauté hospitalière de territoire*

L'article L. 6132-13 (**alinéa 36**) fixe les règles juridiques qui s'appliquent en cas de dissolution d'une CHT.

Celle-ci peut être proposée par le président du directoire de l'établissement siège de la communauté ou relever de l'initiative du directeur général de l'agence régionale de santé. Elle est décidée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis des conseils de surveillance des établissements membres de la communauté hospitalière de territoire et du ou des représentants de l'État dans les régions concernées (**alinéa 36**).

En cas de dissolution de la CHT, la décision du directeur de l'agence régionale de santé précise la répartition entre les établissements membres de la communauté hospitalière de territoire des autorisations relatives aux pharmacies à usage intérieur (prévues à l'article L. 5126-7 du code de la santé publique) et aux activités de soins et aux équipements matériels lourds (prévues à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique), des emplois permettant d'exercer lesdites activités et des agents les occupant, ainsi que des biens meubles et immeubles de leur domaine public et privé (**alinéa 37**).

- *Cas particulier des communautés hospitalières de territoire dites « intégrées »*

L'article L. 6132-14 (**alinéa 38**) met en place une modalité particulière de constitution d'une CHT en disposant qu'à l'initiative des établissements membres

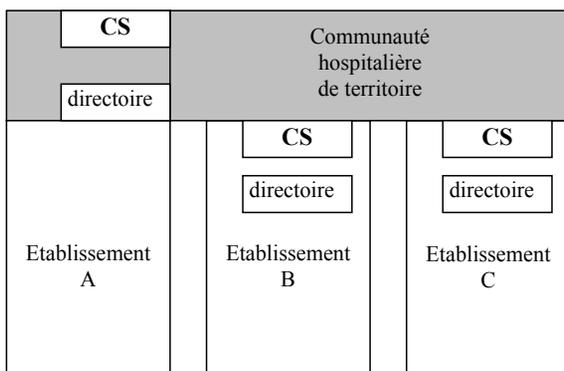
de la communauté hospitalière de territoire ou à celle du directeur de l'agence régionale de santé, la convention constitutive d'une communauté hospitalière de territoire peut stipuler que la communauté prend la forme d'une communauté hospitalière de territoire intégrée.

Dans ce cas, l'approbation de la convention constitutive par le directeur général de l'agence régionale de santé entraîne la fusion des établissements concernés (**alinéa 39**).

Cependant, à la différence de la fusion, il subsiste une représentation des personnels au lieu du siège de chaque établissement public de santé ayant signé la convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire intégrée qui sera mise en place dans des conditions déterminées par voie réglementaire (**alinéa 40**).

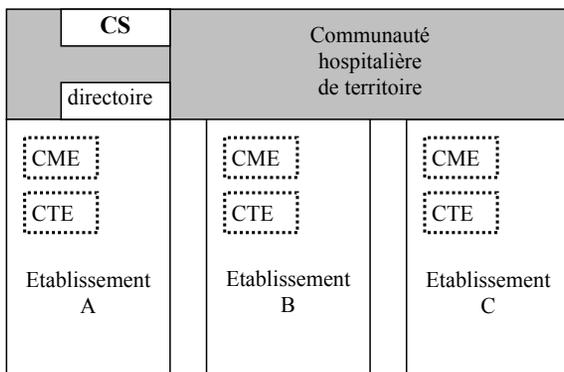
Les différences entre ces deux formes de CHT peuvent être résumées par les tableaux suivants.

La communauté hospitalière de territoire fédérative



Source : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)

La communauté hospitalière intégrée



Source : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)

Dans son avis en date du 18 septembre 2008 sur l'avant-projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires », la commission Larcher a indiqué soutenir le modèle fédératif mais se monter « *très réservée sur le modèle de communauté intégrée* ».

• *Modalités d'application de l'article 12*

L'article L. 6132-15 (**alinéa 41**) prévoit dans un souci de sécurité juridique du dispositif mis en place pour les CHT que, sauf dispositions contraires, les modalités d'application de cet article seront précisées par décret en Conseil d'État.

*

La Commission examine un amendement de M. Yves Bur tendant à réserver une partie des aides à la contractualisation et des crédits du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) aux établissements s'engageant dans une CHT pour une durée de trois ans.

M. le rapporteur. Avis favorable sur le fond, mais je vous suggère de retirer votre amendement afin de vous rallier à un amendement de même objet qui sera examiné ultérieurement dans le texte.

Cet amendement est retiré.

La Commission examine ensuite deux amendements, faisant l'objet d'une discussion commune, respectivement déposés par M. Guy Lefrand et M. Jean-Luc Préel, autorisant les établissements publics de santé à adhérer à plusieurs CHT.

M. Guy Lefrand. Mon amendement conditionne l'adhésion d'un établissement à plusieurs CHT à l'obtention d'une dérogation accordée par le directeur de l'ARS.

M. Jean-Luc Préel. Pour ma part, je propose que les établissements publics de santé puissent participer à deux CHT, notamment avec un hôpital de proximité et un hôpital de référence.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Il est certes prévu qu'un établissement ne pourra participer qu'à une seule CHT, mais il lui sera possible d'adhérer à un ou plusieurs GCS.

M. Bernard Debré. Ces amendements me semblent particulièrement bienvenus, car certains hôpitaux ont besoin de participer à plusieurs communautés hospitalières en raison de leur situation géographique.

Mme Valérie Boyer. L'Assistance publique – Hôpitaux de Marseille se trouve effectivement dans ce cas : l'hôpital Nord pourrait participer à la communauté hospitalière du pays d'Aix, tandis que les hôpitaux Centre et Sud

pourraient rejoindre une autre structure. Pour cela, nous avons besoin d'une certaine souplesse, qui pourrait utilement être conditionnée à l'octroi d'une dérogation par le directeur de l'ARS. C'est pourquoi je souhaiterais cosigner l'amendement de M. Guy Lefrand.

M. Jean-Luc Préel. Je peux citer un autre exemple : l'hôpital de Challans, qui travaille aujourd'hui avec huit hôpitaux locaux, aurait besoin de participer à deux communautés hospitalières – celle de La Roche-sur-Yon et celle de Nantes.

M. Gérard Bapt. J'imagine que ces amendements valent pour les communautés hospitalières fédératives, et non pour celles qui sont intégrées.

*Contrairement à l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **adopte** l'amendement de M. Guy Lefrand, l'amendement de M. Jean-Luc Préel étant ainsi satisfait.*

*Mme Valérie Boyer **retire** pour la même raison son amendement tendant à autoriser les établissements publics de santé, sauf, dans l'attente des conclusions de la mission présidée par M. Jacques Marescaux visant à proposer un nouveau modèle d'organisation de la recherche et de l'enseignement dans les CHU, les centres hospitalo-universitaires, à adhérer à plusieurs CHT.*

La Commission examine ensuite un amendement de M. Claude Leteurre tendant à permettre aux établissements de santé de participer à plusieurs CHT de type fédératif.

M. Claude Leteurre. Je rappelle que toutes les coopérations ne reposent pas sur le modèle de l'intégration. Je pense en particulier à Ancenis, qui développe des liens à la fois avec Angers et Nantes.

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** cet amendement.*

Elle examine ensuite trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune, respectivement déposés par M. Yves Bur, M. Jean-Luc Préel et Mme Jacqueline Fraysse, tendant à autoriser les établissements médico-sociaux publics à adhérer à une CHT.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Ces établissements n'ont pas le même statut juridique, ni le même mode de gouvernance. Évitions les risques de conflit qui pourraient résulter des différences entre les structures.

D'autre part, je rappelle qu'il est possible aux hôpitaux de développer des filières d'aval dans le cadre d'un budget annexe, notamment sous la forme d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

*La Commission **adopte** l'amendement de M. Yves Bur, les deux autres amendements étant **retirés** en sa faveur.*

La Commission examine ensuite deux amendements identiques, respectivement déposés par M. Yves Bur et M. Jean-Luc Prével, tendant à supprimer l'obligation de recueillir l'avis du représentant de l'État dans la région avant de créer une CHT.

M. Yves Bur, président. À titre personnel, je rappelle que le directeur de l'ARS représente lui aussi l'État.

M. le rapporteur. Avis défavorable : il s'agit d'un simple avis et je souligne que le préfet jouit d'une vision transversale des questions d'aménagement du territoire.

La Commission rejette ces amendements.

Elle examine ensuite un amendement de Mme Catherine Génisson, tendant à ce que les conseils régionaux se prononcent également sur la constitution des CHT.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Les conseils régionaux n'ont pas de compétence particulière en matière de santé en dehors de la formation.

M. Christian Paul. Toutefois, il n'est pas rare que des conseils régionaux interviennent dans le domaine de la santé ; je rappelle en outre qu'ils exercent des compétences en matière d'aménagement du territoire. Qu'il s'agisse des hôpitaux ou d'autres services publics, il me semble nécessaire que les conseils régionaux puissent exprimer leur point de vue à ce titre.

Mme Catherine Lemorton. N'oublions pas non plus que les compétences des collectivités territoriales pourraient bien être révisées d'ici peu.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette cet amendement.

Elle rejette ensuite, après avis défavorable du rapporteur, un amendement de Mme Catherine Génisson tendant à ce que l'avis des présidents de conseils régionaux soit sollicité lors de la création d'une CHT.

Puis elle adopte successivement trois amendements du rapporteur, le premier tendant à supprimer une précision superfétatoire, et les deux autres à corriger des erreurs matérielles.

La Commission examine ensuite un amendement de Mme Jacqueline Fraysse ayant pour objet d'imposer l'instauration d'instances communes de représentation et de consultation du personnel au sein des CHT.

M. le rapporteur. Avis défavorable, afin de laisser une certaine souplesse dans les modes d'organisation interne des établissements de santé.

La Commission rejette cet amendement.

Elle examine ensuite un amendement de Mme Catherine Génisson tendant à imposer la création d'une commission des relations avec les usagers et de prise en charge de la qualité (CRUQPC) dans le cadre des CHT.

M. le rapporteur. Je suis plutôt ouvert à cette idée, mais je ne voudrais pas que l'on multiplie les structures et les coûts. Mieux vaudrait déposer, à l'occasion de la réunion en application de l'article 88, un amendement faisant de la CRUQPC de l'établissement où est installé le siège de la CHT la commission compétente pour cette dernière.

L'amendement de Mme Catherine Génisson est retiré.

Puis la Commission adopte successivement deux amendements du rapporteur, tendant respectivement à apporter une précision rédactionnelle et à corriger une erreur matérielle.

Elle examine ensuite un amendement de M. Jean-Luc Préel demandant la consultation, non seulement du directoire, mais aussi du conseil de surveillance de l'établissement où se trouve le siège de la CHT, lorsque le président du directoire de l'établissement siège de la CHT définit les orientations du programme d'investissement et de financement commun.

M. Jean-Luc Préel. Il s'agit en effet de décisions stratégiques, relevant du conseil de surveillance.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Comme je l'ai indiqué ce matin, le conseil de surveillance a vocation à se prononcer sur les orientations stratégiques, tandis que leur mise en œuvre relève du directoire.

M. Jean-Luc Préel. Qu'un établissement intègre un CHT constitue une décision stratégique. Cela entre donc dans les compétences du conseil de surveillance.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette cet amendement.

Puis, la Commission adopte successivement trois amendements du rapporteur tendant à apporter des précisions rédactionnelles.

Elle examine ensuite un amendement du rapporteur tendant à maintenir une CRUQPC au sein de chaque établissement de santé.

M. le rapporteur. Afin de garantir un traitement efficace des réclamations et des plaintes, il me semble indispensable que les CRUQPC demeurent aussi proches que possible des usagers. Le regroupement des réclamations au niveau de la communauté risque d'allonger les délais de réponse et même d'exercer un effet dissuasif sur les réclamants.

La Commission adopte cet amendement.

Deux amendements, de M. Yves Bur et Mme Jacqueline Fraysse, tendant à instaurer une CRUQPC pour chacun des établissements adhérant à une CHT, deviennent ainsi sans objet.

*La Commission **adopte** successivement cinq amendements rédactionnels du rapporteur.*

Puis, elle examine un amendement du rapporteur tendant à affecter prioritairement une partie des crédits d'aide à la contractualisation et du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) aux établissements s'engageant dans des projets de coopération, notamment sous la forme de CHT et de GCS.

M. le rapporteur. Afin de soutenir et d'accélérer la création de la CHT, il est nécessaire de prévoir que les établissements qui s'engagent dans une telle démarche bénéficient de soutiens financiers notamment afin de financer des investissements destinés à assurer le regroupement des plateaux techniques ou encore la mobilité des personnels concernés par les transferts de services et d'activités. Ce financement pourra provenir des MIGAC ou du FMESPP.

*La Commission **adopte** cet amendement.*

*Malgré l'avis défavorable du rapporteur, elle **adopte** ensuite un amendement de Mme Catherine Génisson, autorisant un ou plusieurs établissements médico-sociaux publics à adhérer à une CHT.*

*La Commission **adopte** l'article 12 ainsi modifié.*

Article 13

Simplification du droit des groupements de coopération sanitaire et coordination de l'évolution du système de santé par l'ARS

Cet article vise, d'une part, à simplifier le droit des groupements de coopération sanitaire qui constitue le mode de coopération privilégié entre les établissements de santé publics et privés et qui permet également les coopérations avec les professionnels de santé libéraux et le secteur médico-social et, d'autre part, à renforcer les pouvoirs du directeur général de l'ARS afin de permettre, au travers des coopérations et des restructurations hospitalières, une organisation territoriale optimale en matière d'accès aux soins.

Le groupement de coopération sanitaire (GCS), mentionné à l'article L. 6133-1 et suivants du code de la santé publique, est une forme de coopération hospitalière créée par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. L'ordonnance du 4 septembre 2003, portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, a déjà modifié les règles de fonctionnement

du groupement afin de permettre aux acteurs de santé de disposer d'un moyen de droit adapté aux besoins de coopération sanitaire.

L'ordonnance a ainsi renforcé l'importance du GCS dans la coopération sanitaire en supprimant, à compter du 1^{er} janvier 2005, la possibilité de créer un syndicat interhospitalier, en supprimant également la possibilité de créer un établissement public de santé interhospitalier (EPSI), en ouvrant le groupement de coopération sanitaire aux médecins libéraux et en permettant au GCS de constituer le cadre juridique d'un réseau de santé. Le GCS est aujourd'hui ouvert à l'ensemble des établissements de santé, aux médecins libéraux et aux organismes médico-sociaux. Il permet de développer des projets communs, de gérer des équipements communs (bloc, plateaux techniques...) et de réaliser des interventions communes de personnels.

Par ailleurs, l'ordonnance du 4 septembre 2003 a également donné au GCS des compétences accrues, par exemple la possibilité d'être employeur ou d'assurer les missions d'un établissement de santé, et elle a introduit des dispositifs susceptibles de favoriser une meilleure coopération entre établissements publics et privés en permettant aux membres du groupement de participer à la permanence des soins et de dispenser des soins à des patients de l'un quelconque des établissements membres du groupement.

L'article 13 s'inscrit dans cette évolution et simplifie encore le régime juridique des GCS.

Le **I** a pour objet de procéder à une réécriture globale du chapitre III (« *Groupements de coopération sanitaire* » qui est renommé « *Groupement de coopération sanitaire* ») du titre III (« *Coopération* ») du livre I^{er} (« *Établissements de santé* ») de la sixième partie (« *Établissements et services de santé* ») du code de la santé publique afin de refondre le régime juridique des groupements de coopération sanitaire (GCS) et d'en fluidifier la rédaction dans un cadre stable.

- *Clarification des objets du GCS*

Le nouvel article L. 6133-1 (**alinéa 4**) du code de la santé publique vise à recentrer et clarifier les objets possibles du GCS.

Le GCS continue, de façon inchangée, à avoir pour objet principal d'améliorer ou de développer l'activité de ses membres (**alinéa 4**). Le champ potentiel des GCS est néanmoins précisé. Le GCS peut ainsi prendre plusieurs formes :

- le GCS de moyens

Le GCS peut tout d'abord mettre en commun des moyens ou des activités administratives, logistiques, techniques, de recherche ou d'enseignement (**alinéa 6**). Les moyens que le GCS permet de mutualiser peuvent être de toute

nature : humains (équipes communes de professionnels médicaux et/ou paramédicaux, administratifs, personnel technique, ...), matériels (équipements d'intérêt commun, immobiliers, fonciers), immatériels (systèmes d'information) ou encore organisationnels (fonctions supports, administrative, logistique ou technique). Ce premier type de GCS permet ainsi d'organiser, de réaliser ou de gérer ces moyens en son nom ou pour le compte de ses membres. On parle alors de « GCS de moyens ».

– le GCS établissement de santé

Le GCS peut également exercer une ou plusieurs activités de soins ou exploiter des équipements lourds (**alinéa 7**). Il s'agit d'une nouveauté puisque l'article L. 6133-1 dans sa rédaction actuelle mentionne que le GCS peut seulement « *assurer l'exploitation d'une autorisation détenue par l'un de ses membres et à ce titre dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux* » et non détenir en son nom une autorisation. Désormais, les activités de soins et l'exploitation des équipements lourds du GCS sont autorisées dans les mêmes conditions que celles qui sont prévues aux articles L. 6122-1 et L. 6122-2 du code de la santé publique pour les établissements de santé, c'est-à-dire qu'elles doivent faire l'objet d'une autorisation par l'agence régionale de la santé qui est accordée lorsque le projet répond aux besoins de santé de la population identifiés par ce schéma d'organisation sanitaire, être compatibles avec les objectifs fixés par ce schéma ainsi qu'avec son annexe et satisfaire à des conditions d'implantation et à des conditions techniques de fonctionnement (**alinéa 8**).

Lorsque le GCS est autorisé à assurer l'exercice d'activités de soins ou l'exploitation d'équipements lourds, il est alors qualifié d'établissement de santé (**alinéa 9**).

Il s'agit ici également d'une innovation importante dans la mesure où l'article L. 6133-1 du code de la santé publique dispose dans sa rédaction actuelle que « *le groupement de coopération sanitaire n'est pas un établissement de santé* ». Le patient restait donc jusqu'à aujourd'hui engagé dans une relation juridique avec l'établissement de santé membre et non avec le GCS, ce qui a indéniablement freiné le développement des GCS.

En effet, puisque le GCS, agissant pour le compte de ses membres, n'était pas titulaire de l'autorisation d'activité de soins, il ne pouvait pas facturer en son nom, ni à l'Assurance maladie, ni aux patients, l'activité qu'il réalisait et n'était donc pas identifié par l'Assurance maladie (ni par les banques et les assurances), comme un acteur de soins à part entière, ce qui rendait sa place peu lisible. De plus, les membres du GCS n'avaient pas en interne de visibilité sur son activité totale et sur les montants facturés et ne pouvaient pas mettre en relation en toute transparence les charges et les produits.

Le projet de loi prend acte de ces difficultés et la nouvelle qualification d'établissement de santé attribuée aux GCS qui exercent une ou plusieurs activités

de soins soumises à autorisation entraîne des conséquences importantes comme la capacité pour les GCS de ce type de prendre en charge directement et en leur nom des patients ou la capacité de facturer des soins à l'assurance maladie. Elle entraîne également l'application des règles relatives aux établissements de santé, notamment en matière de responsabilité, de gouvernance (*cf. infra*), de vigilances ou de représentation des personnels par exemple.

– le GCS support juridique d'un réseau de santé

Un GCS peut également continuer à être une structure juridique porteuse d'un réseau de santé (**alinéa 10**). Créés par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, les réseaux de santé ont pour mission de répondre à un besoin de santé de la population dans une aire géographique définie, prenant en compte l'environnement sanitaire et social. Aux termes de la loi, *« les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations »*.

Lorsqu'un GCS constitue un réseau de santé, il est alors composé des membres mentionnés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique, c'est-à-dire de professionnels de santé libéraux, de médecins du travail, d'établissements de santé, de centres de santé, d'institutions sociales ou médico-sociales et d'organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi que de représentants des usagers.

• *Constitution et composition du GCS*

Le nouvel article L. 6133-2 (**alinéa 11**) définit la constitution et la composition d'un GCS.

L'**alinéa 11** dispose sans changement que les membres du GCS, qui comprennent au moins un établissement de santé, élaborent une convention constitutive soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de la santé et publiée au recueil des actes administratifs de la région.

S'agissant des membres qui peuvent composer un GCS, on retrouve les établissements publics de santé, les établissements de santé privés, les établissements et structures médico-sociales, les professionnels libéraux (**alinéa 12**) ainsi que d'autres organismes ou professionnels concourant aux soins qui peuvent en faire partie sous réserve d'y être autorisés par le directeur général de l'agence régionale de santé (**alinéa 13**). La nouvelle rédaction de l'article L. 6133-2 intègre néanmoins deux nouvelles catégories d'acteurs susceptibles de prendre part à un GCS. En effet, l'adhésion des professionnels médicaux libéraux

sous forme de société collective ainsi que celle des centres de santé est désormais rendue possible (**alinéa 12**).

Le GCS est ainsi la seule structure, avec le GCS médico-social, permettant des coopérations entre le secteur sanitaire, médico-social et la médecine de ville.

- *Nature juridique du GCS*

L'article L. 6133-3 (**alinéa 13**) expose la nature juridique du GCS et les règles de fond du groupement.

À la différence des communautés hospitalières de territoire (CHT), le GCS est doté de la personnalité morale et peut être une personne morale de droit public ou de droit privé. Il constitue une personne morale de droit public lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou d'organismes publics, ou d'établissements ou d'organismes publics et de professionnels médicaux libéraux. Il constitue une personne morale de droit privé lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou de personnes de droit privé. Dans les autres cas, sa nature juridique est fixée par les membres dans la convention constitutive alors qu'elle prenait nécessairement la forme d'une personne morale de droit privé dans la rédaction actuelle de l'article L. 6133-1 du code de la santé publique (**alinéa 14**).

Le GCS continue de poursuivre un but non lucratif (**alinéa 16**) mais le projet de loi contient deux apports significatifs qui portent sur la qualification d'établissement public de santé du GCS de droit public qui exerce des activités de soins (**alinéa 15**) et sur la nouvelle capacité accordée au GCS de valoriser les activités de recherche et leurs résultats et de déposer et exploiter des brevets et des licences (**alinéa 17**).

- *Gouvernance du GCS*

L'article L. 6133-4 traite de la gouvernance du GCS. Sans changement, l'assemblée générale du GCS reste composée des membres du groupement, élit en son sein un administrateur chargé de la mise en œuvre de ses décisions, et est habilitée à prendre toute décision intéressant le groupement. De façon plus novatrice, un comité de direction restreint peut être chargé, lorsque les membres le prévoient dans la convention constitutive, d'exercer tout ou partie des missions de l'assemblée générale (**alinéa 18**).

L'**alinéa 19** tire les conséquences de la qualification d'établissement public de santé attribué à un GCS de droit public autorisé à exercer une ou plusieurs activités de soins en matière d'application des règles relatives à la gouvernance des établissements de santé. Par dérogation à la gouvernance mise en place à l'alinéa 18 (assemblée générale et directeur), les règles de fonctionnement des établissements publics de santé s'appliquent en effet aux GCS de droit public autorisés à exercer une ou plusieurs activités de soins, moyennant certaines adaptations.

En premier lieu, les fonctions de l'administrateur du groupement sont exercées en sus des fonctions du directeur d'un établissement public de santé (**alinéa 20**).

La composition du conseil de surveillance d'un GCS est largement calquée sur celle des établissements publics de santé avec :

– au plus quatre représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements, désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales ou de leurs groupements sur lesquels les établissements membres du GCS sont implantés (**alinéa 22**) ;

– au plus quatre représentants du personnel médical et non-médical du groupement de coopération sanitaire qualifié d'établissement public de santé, dont deux désignés par le comité technique d'établissement (et non pas par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au comité technique d'établissement comme pour les établissements publics de santé) et deux désignés par la commission médicale d'établissement (**alinéa 23**) ;

– au plus quatre personnalités qualifiées nommées par le directeur général de l'agence régionale de santé, sans qu'il soit fait mention de la présence minimale de deux représentants des usagers comme pour le conseil de surveillance des établissements publics de santé mais, à la différence de ces derniers, avec la nécessité de recueillir l'avis des établissements de santé membres du GCS (**alinéa 24**).

L'**alinéa 25** précise que les règles de gouvernance du groupement de coopération sanitaire ainsi que les modalités de répartition des droits et obligations des établissements membres sont définies dans la convention constitutive.

• *Cas dans lesquels un GCS conclut un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)*

De façon novatrice, l'article L. 6133-5 (**alinéa 26**) prévoit deux cas dans lesquels le GCS doit conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'agence régionale de santé. Un tel CPOM doit être conclu en premier lieu lorsque le GCS est autorisé à exercer une ou plusieurs activités de soins (**alinéa 27**) ce qui est logique avec le fait que le GCS est alors un établissement de santé soumis en tant que tel aux dispositions de l'article 3 relatif au CPOM (*cf. supra*). Un CPOM doit également être conclu lorsque le GCS bénéficie d'une dotation de financement en application de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

- *Règles de gestion financière des GCS*

Les règles de gestion financière des GCS prévues par l'article L. 6133-6 (**alinéa 29**) demeurent inchangées. Le groupement peut être créé avec ou sans capital, les charges d'exploitation sont couvertes par les participations de ses membres et les membres du groupement sont responsables de sa gestion proportionnellement à leurs apports ou à leurs participations, ce qui est la reprise à l'identique des dispositions de l'actuel article L. 6133-3 du code de la santé publique.

- *Règles de gestion du personnel*

Les règles de gestion du personnel des GCS sont précisées par l'article L. 6133-7 (**alinéa 31**). Le GCS peut être employeur et recruter par contrat des personnels médicaux et non médicaux selon les règles qui régissent son statut juridique.

- *Prestations médicales*

L'article L. 6133-8 met en œuvre, comme cela existe déjà, un mécanisme de prestations médicales croisées, c'est-à-dire la possibilité pour les professionnels médicaux des établissements de santé membres du groupement et les professionnels médicaux libéraux membres du groupement d'assurer des prestations médicales au bénéfice des patients pris en charge par l'un ou l'autre des établissements de santé membres du groupement et de participer à la permanence des soins (**alinéa 32**).

L'**alinéa 33** prévoit sans changement que la permanence des soins, les consultations et les actes médicaux assurés par les professionnels libéraux médicaux, dans le cadre du groupement, peuvent être rémunérés forfaitairement ou à l'acte dans des conditions définies par voie réglementaire.

L'**alinéa 34** prévoit que les dépenses relatives aux soins dispensés aux patients pris en charge par des établissements publics de santé et par les établissements de santé mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire les établissements de santé privés à but lucratif admis à participer au service public et les établissements privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale, et à l'article L. 162-22-16 du même code, c'est-à-dire les hôpitaux locaux, sont supportées par l'établissement de santé concerné.

En revanche, les actes médicaux pratiqués par les professionnels médicaux employés par les établissements publics de santé ou par les établissements de santé mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire les établissements de santé privés à but lucratif admis à participer au service public et les établissements privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale, et à l'article L. 162-22-16 du même code, c'est-à-dire les hôpitaux locaux, au bénéfice de patients pris en charge par les établissements de santé privés

mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code, c'est-à-dire les établissements privés autres que les établissements de santé privés à but lucratif admis à participer au service public et les établissements privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale, qu'ils aient signé ou non un contrat pluriannuel avec l'agence régionale de santé ou non, sont facturés par l'établissement de santé employeur à l'établissement de santé dont relève le patient. Ce dernier assure le recouvrement des sommes correspondantes auprès du patient ou de la caisse d'assurance maladie (**alinéa 35**).

L'**alinéa 36** dispose que les professionnels libéraux médicaux exerçant une activité dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire continuent à relever à ce titre des professions mentionnées à l'article L. 622-5 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire des professions libérales.

L'article L. 6133-9 (**alinéa 37**) dispose enfin que des mesures réglementaires, prises par décret en Conseil d'État, détermineront, en tant que de besoin, les modalités d'application de ce chapitre relatif aux GCS.

● *Perception de MIGAC par les GCS*

Le **II** a pour objet d'insérer, après le premier alinéa de l'article L. 162-22-13 de la sous section 3 (« *Frais d'hospitalisation afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé* ») de la section 5 (« *Établissements de soins* ») du chapitre 2 (« *Dispositions générales relatives aux soins* ») du titre 6 (« *Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales* ») du livre I^{er} (« *Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base* ») du code de la sécurité sociale, un nouvel alinéa destiné à prévoir les modalités de perception des dotations attribuées dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A) au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) par les GCS ayant mis en œuvre tout ou partie de leurs missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

Dans ce cas de figure, la dotation de financement relative aux missions transférées pourra être versée directement au groupement de coopération sanitaire par la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L. 174-2, c'est-à-dire par la caisse dans la circonscription de laquelle est implanté le GCS.

● *Mise en extinction des syndicats interhospitaliers (SIH)*

Le **III** (**alinéa 40**) organise les modalités de mise en extinction de la catégorie des syndicats interhospitaliers (SIH) dont le régime juridique était fixé jusqu'à aujourd'hui par les articles L. 6132-1 à L. 6132-8 qui ont été remplacés à l'article 12 par des dispositions relatives au cadre juridique des CHT (*cf. supra*). Les SIH existants doivent ainsi, dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, poursuivre leurs activités soit sous la forme d'une communauté hospitalière de territoire (CHT), soit sous la forme d'un groupement de coopération sanitaire (GCS). Cette disposition a pour objectif d'améliorer la

lisibilité des dispositifs de coopération territoriale entre établissements et professionnels de santé en ne laissant plus subsister, à terme, que deux formes de coopération : les CHT et les GCS.

• *Renforcement des pouvoirs du directeur général de l'ARS afin d'organiser les coopérations et les restructurations hospitalières*

Le **IV** a pour objet d'abroger les articles L. 6122-15 et L. 6122-16 du chapitre II (« *Autorisations* ») du titre II (« *Équipement sanitaire* ») du livre I^{er} (« *Établissement de santé* ») de la sixième partie (« *Établissements et service de santé* ») du code de la santé publique qui organise les pouvoirs du directeur de l'agence régionale de l'hôpital (ARH) en matière de coopération et de restructurations. Cette abrogation ne diminue pas pour autant les pouvoirs du directeur général de l'agence régionale de la santé pour opérer de coopérations ou des restructurations puisque ceux-ci sont parallèlement renforcés par le **V** de l'article 13 (*cf. infra*).

Le **V** a pour objet de remplacer les dispositions de l'actuel chapitre I^{er} (« *Conférences sanitaires* ») du titre III (« *Coopération* ») du livre I^{er} (« *Établissements de santé* ») de la sixième partie (« *Établissements et services de santé* ») par de nouvelles dispositions en renommant à cette occasion le chapitre I^{er} : « *Coordination de l'évolution du système de santé par l'agence régionale de santé* » qui reprennent, au bénéfice du directeur de l'ARS, les pouvoirs que détenait le directeur de l'ARH en matière de coopérations et de restructurations en les renforçant.

L'article 6131-1 (**alinéa 45**) précise en premier lieu le rôle du directeur général de l'agence régionale de santé qui est de coordonner l'évolution du système hospitalier.

Ce rôle s'exerce avec un quadruple objectif :

– adapter le système hospitalier aux besoins de la population (**alinéa 46**) conformément à la philosophie générale du projet de loi qui est d'offrir les conditions favorables à une offre de soins adaptée aux besoins de la population ;

– garantir la qualité et la sécurité des soins (**alinéa 47**);

– renforcer l'organisation et l'efficacité de l'offre de soins et maîtriser son coût, notamment lorsque la procédure de placement d'un établissement sous l'administration provisoire de conseillers généraux des établissements de santé décrite à l'article L. 6143-3-1 n'a pas permis d'améliorer la situation financière d'un établissement (**alinéa 48**) ;

Les conseillers généraux des établissements de santé

« Institués par l'article 2 de l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, codifié à l'article L. 6141-7-2 du code de la santé publique, les conseillers généraux des établissements de santé ont essentiellement pour mission d'accompagner les établissements de santé publics, privés ou participant au service public, dans l'actuel processus de modernisation.

Placés sous l'autorité du ministre chargé de la santé et rattachés au directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, les conseillers généraux des établissements de santé sont choisis pour leur expérience professionnelle et leur expertise de haut niveau dans le domaine des politiques hospitalières et de l'organisation des soins.

Les missions qu'ils exercent sont, d'une part, des missions ciblées, à la demande d'un établissement ou d'une ARH, sur des hôpitaux ou des territoires de santé en difficulté, d'autre part, des missions transversales sur des thématiques-clés pour la modernisation du système de santé, afin de proposer des mesures propres à améliorer le fonctionnement des établissements et leurs relations avec les collectivités territoriales, les usagers et l'Etat. Enfin, ils peuvent être amenés à assurer l'administration provisoire d'un établissement public de santé, sur désignation du ministre chargé de la santé, dans des conditions fixées par la loi.

On compte aujourd'hui vingt-huit conseillers généraux des établissements de santé ».

Source : Rapport d'information « Pour une gestion responsable de l'hôpital n° 403 (2007-2008) de MM. Alain Vasselle et Bernard Cazeau, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, déposé le 18 juin 2008.

– améliorer les synergies interrégionales en matière de recherche (**alinéa 49**). Cet objectif s'inscrit directement dans la suite des préconisations du rapport d'avril 2008 de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidé par M. Gérard Larcher qui insistaient sur la nécessité de développer l'appui à la recherche. Il s'agit notamment de permettre la création d'unions interrégionales hospitalo-universitaires. Des GCS pourraient ainsi être créés entre les CHU au niveau interrégional, échelon qui donne une force et une dynamique certaine en matière d'enseignement, notamment lors du 3^e cycle.

L'article L. 6131-2 (**alinéa 50**) prévoit que pour atteindre les objectifs définis à l'article L. 6131-1, le directeur général de l'ARS peut demander à un ou plusieurs établissements publics de santé soit de conclure une convention de coopération prévue à l'article L. 6134-1 (**alinéa 51**), soit de créer une CHT, un GCS ou un groupement d'intérêt public (**alinéa 52**), soit de prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés (**alinéa 53**). Ces pouvoirs du directeur général de l'ARS reprennent largement ceux dont dispose aujourd'hui le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, la possibilité de demander la création de la nouvelle forme de coopération interhospitalière que constituent les communautés hospitalières de territoire (CHT) en plus et la possibilité de demander la création d'un syndicat interhospitalier, dont le présent projet de loi organise l'extinction, en moins.

Si la demande du directeur général de l'ARS n'est pas suivie d'effet, le projet de loi organise la réponse du directeur général de l'ARS selon une logique de gradation des moyens lui permettant de structurer, le cas échéant de manière contraignante, la coopération au niveau d'un territoire de santé.

Il conserve en premier lieu la possibilité de prendre les mesures appropriées pour que, selon les cas, les établissements concluent une convention

de coopération, adhèrent à un réseau de santé, créent un groupement d'intérêt public ou créent un groupement de coopération sanitaire (**alinéa 54**). Le nouvel article L. 6131-2 détaille cependant de façon novatrice le contenu de ces mesures appropriées en mentionnant notamment la possibilité de diminuer les dotations de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire les dotations nationales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) des établissements de santé.

Lorsque le directeur général de l'ARS prend les mesures appropriées pour que les établissements publics de santé créent un groupement de coopération sanitaire (GCS), il fixe les compétences obligatoirement transférées au groupement (**alinéa 54**). Il s'agit de la reprise du dispositif introduit dans le code de la sécurité sociale par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, prévu actuellement à l'article L. 6122-15 et abrogé par le IV de l'article 13 (*cf. supra*), et destiné à doter le directeur de l'ARH du pouvoir d'imposer dans la convention constitutive du groupement des « compétences obligatoires ». La liste des compétences obligatoires susceptibles d'être imposées par le directeur de l'ARS au GCS nouvellement créé, qui s'inspire directement des mécanismes de la coopération intercommunale qui distingue également des compétences obligatoires et des compétences facultatives, est définie par décret en Conseil d'État. Ces compétences pourront concerner le champ des activités de soins qui font l'objet d'autorisations et dans ce cas, l'autorisation sera transférée au GCS.

L'article L. 6131-3 (**alinéa 55**) organise un second niveau de réponse en cas de refus des établissements de santé de déférer à la demande du directeur général de l'ARS, le cas échéant assorti d'une mesure incitative de diminution des dotations attribuées au titre des MIGAC, de conclure une convention de coopération, d'adhérer à un réseau de santé, de créer un groupement d'intérêt public ou de créer un groupement de coopération sanitaire. Dans ce cas, le directeur général de l'ARS pourra prononcer la fusion des établissements publics de santé concernés ou prendre un arrêté prononçant la création d'une communauté hospitalière de territoire (CHT) fixant le contenu de sa convention constitutive. Ces nouvelles possibilités constituent un renforcement de ses moyens pour structurer de manière contraignante la coopération dans le ressort de l'ARS.

L'article L. 6134-4 (**alinéa 56**) organise juridiquement les conséquences qui s'attachent à une opération de restructuration hospitalière en reprenant largement les dispositions de l'article L. 6122-16 du code de la santé publique dans sa rédaction actuelle tout en y apportant certaines modifications significatives.

La notion de restructuration et son application à l'hôpital

« La notion de restructuration peut recouvrir plusieurs modalités :
– une réorganisation des services (d'obstétrique, de chirurgie...) pour les adapter en surface, nombre de lits et effectifs à la réduction tendancielle de la durée moyenne de séjour ;

– une fermeture de services suite au non-respect des normes ou à une activité trop faible. Cette fermeture peut conduire à la disparition d'un service ou d'un établissement, mais elle peut aussi déboucher sur une reconversion du site, un transfert d'activité sur un autre établissement ou la construction d'une structure neuve regroupant les anciennes activités de plusieurs établissements fermés (ex : création d'une polyclinique de taille plus importante ou d'un nouveau centre hospitalier sur un site situé à mi-distance de deux implantations antérieures) ;

– une réorganisation des services pour prendre en compte une évolution majeure des techniques médicales : développement de la chirurgie ambulatoire, de l'imagerie en coupe (IRM...), automatisation des services de biologie. Ainsi la chirurgie ambulatoire demande une organisation du circuit du patient qui oblige à modifier la disposition des lieux ;

– le développement de plateaux techniques de plus en plus élaborés nécessite des investissements qui débouchent sur un accroissement de la taille minimale des unités de production. Ce caractère multiforme de la notion de restructuration explique la difficulté des administrations à en formuler la doctrine ou à en rendre compte dans leurs évaluations ».

Source : Rapport de la Cour des comptes sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, septembre 2008.

En premier lieu, le directeur de l'agence régionale de la santé conserve le pouvoir, en cas de restructurations hospitalières, de demander à l'établissement concerné la suppression d'emplois. Cependant, alors que seuls les médicaux étaient précédemment visés, il dispose désormais de la possibilité de demander la suppression de tout type d'emploi, quelle que soit sa nature. Il conserve également le pouvoir de demander à l'établissement concerné la révision de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Dans cette hypothèse de suppression d'emplois, le directeur général de l'ARS réduit le montant de la dotation MIGAC de l'établissement concerné ainsi que la dotation attribuée au titre des soins dispensés dans le cadre des activités de psychiatrie, de soins de suite ou de réadaptation (SSR) qui ne sont pas encore concernés par la tarification à l'activité (T2A), laquelle ne concerne que les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

Lorsque l'opération de restructuration concerne un établissement public de santé, le président du directoire pourra demander au directeur général du centre national de gestion (CNG) de placer les praticiens hospitaliers titulaires concernés par la restructuration en position de recherche d'affectation alors qu'ils demeuraient jusqu'ici nommés sur les emplois transférés (**alinéa 57**).

La recherche d'affectation pour les personnels médicaux hospitaliers

« Elle est régie par les statuts de praticiens hospitaliers temps plein (article R. 6152-50-1 du code de la santé publique) et de praticiens des hôpitaux à temps partiel (article R. 6152-236-1 du code de la santé publique). Elle est effective depuis le début d'année 2008 pour les seuls praticiens hospitaliers temps plein.

Les conditions de recours à la recherche d'affectation

Deux types de recherche d'affectation :

– la recherche d'affectation à la demande du praticien ;

– la recherche d'affectation d'office ou à la demande de l'établissement de nomination du praticien.

La recherche d'affectation vise à permettre l'adaptation ou la reconversion professionnelle du praticien ; elle peut être mise en œuvre notamment pour favoriser la réorganisation des structures hospitalières.

Concrètement, elle peut être sollicitée par un praticien d'une spécialité donnée qui à la suite d'un congé de maladie ou d'accident de travail n'est plus en capacité d'occuper un emploi dans sa spécialité. Elle peut aussi être sollicitée par un établissement qui dans le cadre d'une restructuration doit perdre une activité et dont un ou plusieurs des praticiens en charge de l'activité concernée ne peuvent retrouver au sein de l'établissement ou dans les établissements de santé environnants de nouvelle affectation.

La période de recherche d'affectation sera mise à profit pour accompagner le praticien dans une recherche de nouvelle affectation hospitalière ou dans un emploi extra-hospitalier, par tous moyens utiles (bilan de compétences, formation, stage...).

La procédure de mise en œuvre de la recherche d'affectation

Selon le cas, il y a soit une demande du praticien, soit une demande de l'établissement formée auprès du Centre national de gestion.

Dans les deux cas, la demande fait l'objet d'un avis motivé du conseil exécutif et de la commission médicale d'établissement puis de la commission statutaire nationale. La décision de placement en recherche d'affectation est prise par le directeur du CNG pour une durée de deux ans au plus après avoir vérifié que cette position est adaptée à la situation du praticien et ne substitue pas improprement aux procédures d'insuffisance professionnelle, de discipline ou de saisine du comité médical pour statuer sur l'aptitude médicale du praticien et le placement de celui-ci en congé maladie.

La situation du praticien durant la recherche d'affectation

Le praticien est rémunéré par le CNG qui exerce à son égard toutes les compétences du directeur de l'établissement public de santé (gestion des congés, organisation du temps de travail...). Le praticien est tenu d'effectuer toutes les démarches et actions arrêtées en concertation avec lui par le CNG et destinées à permettre sa réaffectation ou sa reconversion professionnelle in fine. Ces actions peuvent consister en de la formation ou des périodes d'exercice dans des structures hospitalières notamment.

La situation du praticien à l'issue de la recherche d'affectation

Soit le praticien démissionne de son statut pour occuper un emploi dans un établissement autre qu'un EPS (il peut aussi demander un détachement ou une mise en disponibilité selon les conditions fixées par son statut), soit le praticien retrouve une affectation en EPS dans le cadre de la procédure de nomination fixée par son statut (candidature sur un emploi vacant publié, nomination sur l'emploi par le directeur du CNG après avis locaux et éventuellement de la commission nationale statutaire). S'il n'est pas réintégré dans un emploi hospitalier, il est placé en disponibilité d'office qui peut durer au maximum 3 ans au terme desquels le praticien est radié des cadres s'il n'a pas retrouvé d'affectation ».

Source : ministère de la santé.

La différence est donc que les praticiens concernés seront désormais rémunérés par le CNG, ce qui allégera d'autant le budget des établissements de santé concernés. En conséquence, le président du directoire devra modifier l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD).

Si l'état des prévisions de recettes et de dépenses n'est pas modifié par le directeur de l'établissement dans un délai fixé par décret, le directeur de l'agence régionale de santé pourra modifier les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et arrêter l'état des prévisions de recettes et de dépenses qui aura alors un caractère limitatif et non plus évaluatif (**alinéa 58**).

Dans ce cas, il reviendra directement au directeur de l'agence régionale de santé de demander au directeur général du centre national de gestion le placement en position de recherche d'affectation des praticiens hospitaliers titulaires concernés par la restructuration.

L'article L. 6131-5 (**alinéa 59**) dispose, de façon à garantir la sécurité juridique du dispositif, que des mesures réglementaires, prises par décret en Conseil d'État, détermineront, en tant que de besoin, les modalités d'application de ce nouveau chapitre relatif à la coordination de l'évolution du système de santé par l'agence régionale de santé.

Le **V (alinéa 60)** a pour objet de compléter par un nouvel alinéa l'article 48 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière afin d'ouvrir la possibilité de mettre d'office à disposition les agents dont les emplois sont transférés dans le cadre de réorganisations hospitalières.

L'article 48 de la sous-section 2 (« *Mise à disposition* ») de la section 1 (« *Activité* ») du chapitre 4 (« *Positions* ») de la loi en question dispose aujourd'hui que la mise à disposition, qui est la situation du fonctionnaire qui demeure dans son corps d'origine, est réputé occuper son emploi, continue à percevoir la rémunération correspondante, mais qui exerce ses fonctions hors du service où il a vocation à servir, ne peut avoir lieu qu'avec l'accord du fonctionnaire et doit être prévue par une convention conclue entre l'administration d'origine et l'organisme d'accueil.

L'alinéa qu'il est proposé d'ajouter vise à déroger à cette nécessité de recueillir l'accord du fonctionnaire ou de l'agent concerné par un transfert ou un regroupement d'activités afin qu'il soit mis à disposition de plein droit, sur décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination, du ou des établissements assurant la poursuite de ces activités. Cette mise en disposition de plein droit nécessitera toutefois, comme dans l'état du droit actuel, la signature d'une convention entre l'administration d'origine et l'organisme d'accueil.

*

La Commission adopte un amendement du rapporteur apportant une précision rédactionnelle.

Elle examine ensuite un amendement de M. Jean-Luc Prél relatif au statut des groupements de coopération sanitaire.

M. Jean-Luc Prél. Compte tenu des réformes successives qui ont eu lieu, ainsi que de l'absence de publication des décrets d'application, les dispositions relatives aux GCS sont aujourd'hui d'une grande complexité. Avec cet amendement, je vous propose de réécrire intégralement leur statut.

M. le rapporteur. L'article 13 relatif au GCS pose un problème juridique sur lequel j'ai été alerté récemment. En effet, cet article vise à optimiser le cadre juridique dans lequel s'inscrit le recours aux GCS, qui constituent le mode de coopération privilégié non seulement entre les établissements publics et privés, mais également entre ceux-ci et les professionnels de santé libéraux et le secteur médico-social. Les évolutions apportées par le projet de loi visent à simplifier et à améliorer le dispositif des GCS en le rendant plus lisible pour les acteurs, sans pour autant déstabiliser les GCS existants.

Toutefois, il est apparu que l'article 13 risquait de remettre en cause l'existence de GCS constitués en vue de mettre en commun des moyens ou des activités pour le compte de leurs membres sans être pour autant dépossédés de leur autorisation d'activités ou d'équipements lourds au profit du GCS. C'est pourquoi je travaille, en liaison avec les services juridiques de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), à la rédaction d'un amendement destiné à mieux garantir la sécurité juridique de cette catégorie de GCS. Aussi, j'invite les auteurs des amendements relatifs à ce problème à les retirer et à réexaminer ce point à l'article 88.

En conséquence, M. Jean-Luc Prél retire son amendement.

La Commission adopte un amendement de précision rédactionnelle déposé par le rapporteur.

Compte tenu des observations du rapporteur, M. Dominique Tian retire un amendement relatif au statut des GCS.

La Commission adopte un amendement rédactionnel du rapporteur.

M. Jean-Luc Prél retire un second amendement relatif au statut des GCS.

La Commission adopte un amendement de précision rédactionnelle déposé par le rapporteur.

Elle examine ensuite un amendement de Mme Jacqueline Fraysse tendant à porter d'un maximum de 4 à 5 le nombre des représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements au sein des conseils de surveillance.

M. le rapporteur. Il n'y a aucune obligation de parallélisme entre la gouvernance des établissements de santé et celle des GCS.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette cet amendement.

La Commission examine ensuite un amendement de précision du rapporteur.

M. le rapporteur. Il s'agit de ne pas faire de la présence des représentants des groupements de collectivités au conseil de surveillance des GCS une obligation.

*La Commission **adopte** cet amendement.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** ensuite un amendement de Mme Jacqueline Fraysse tendant à porter, au sein du conseil de surveillance d'un GCS, d'un maximum de 4 à 5 le nombre de représentants du personnel, et de 2 à 3 ceux d'entre eux qui sont désignés par la commission médicale d'établissement.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** un amendement de Mme Jacqueline Fraysse prévoyant la participation de cinq personnalités qualifiées, dont une nommée par le directeur de l'ARS, une nommée par les représentants des collectivités territoriales et trois représentants des usagers.*

*M. Jean-Luc Préel **retire** un amendement tendant à compléter les dispositions relatives à la conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les GCS et l'ARS.*

*La Commission **adopte** un amendement du rapporteur tendant à inclure l'installation des équipements matériels lourds parmi les activités nécessitant, de la part d'un GCS, la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.*

*Elle **adopte** ensuite un amendement de précision rédactionnelle déposé par le rapporteur.*

*Suivant l'avis favorable du rapporteur, la Commission **adopte** deux amendements identiques, respectivement déposés par M. Yves Bur et M. Claude Leteurtre, tendant à inclure les GCS de droit public, les groupements de coopération sociale et médico-sociale de droit public ainsi que les groupements d'intérêt public dans la liste des établissements visés par l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 de façon à pouvoir faire bénéficier leur personnel de prestations telles que la formation continue par le biais de l'Association nationale de formation continue des personnels hospitaliers (ANFH) ou encore de prestations sociales servies par le Comité de gestion des œuvres sociales (CGOS).*

*Après avis favorable du rapporteur, la Commission **adopte** successivement deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse visant à mieux intégrer dans les GCS les centres de santé et les professionnels médicaux qui y travaillent.*

En conséquence, un amendement de M. Claude Leteurtre tendant à inclure les actions de prévention, d'éducation, de formation, d'évaluation et d'animation

dans la rémunération forfaitaire ou à l'acte, ainsi qu'un amendement de cohérence rédactionnelle de M. le rapporteur, deviennent sans objet. Un autre amendement rédactionnel du rapporteur est **adopté**.

La Commission examine quatre amendements identiques de M. Yves Bur, Mme Catherine Génisson, M. Claude Leteurtre et Mme Jacqueline Fraysse, tendant à conférer au GCS l'ensemble des attributions d'un établissement de santé, notamment en termes de financement, afin que ces coopérations soient attractives mais aussi équilibrées entre partenaires publics et privés.

Après avis favorable du rapporteur, la Commission **adopte** l'amendement du M. Yves Bur cosigné par les auteurs des trois autres amendements.

La Commission examine ensuite un amendement de Mme Catherine Génisson tendant à permettre aux groupements de coopération sanitaire de droit public et aux groupements de coopération sociale et médico-sociale de droit public de bénéficier des dispositions s'appliquant aux établissements employant du personnel de la fonction publique hospitalière.

M. le rapporteur. J'estime que ce point est satisfait mais je m'engage à procéder aux vérifications nécessaires.

Après que le rapporteur lui a indiqué que son amendement est satisfait par l'amendement relatif à la transparence des indicateurs de qualité, M. Claude Leteurtre **retire** un amendement visant à fixer, parmi les missions de coordination de l'évolution du système hospitalier du directeur général de l'ARS, l'objectif d'assurer au patient une information claire, lisible et comparative en collaboration avec la Haute autorité de santé (HAS).

La Commission examine un amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à assigner au directeur de l'ARS l'objectif d'assurer l'accessibilité d'une offre hospitalière aux tarifs opposables.

M. le rapporteur. Je suis d'accord avec l'intention de promouvoir l'accessibilité de l'offre aux établissements mais la notion d'offre hospitalière me semble ambiguë et mériterait d'être reformulée.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** l'amendement.

Puis, elle **adopte** l'article 13 ainsi modifié.

Après l'article 13

La Commission examine quatre amendements pouvant être soumis à une discussion commune, dont deux de Mme Bérengère Poletti et deux de M. Dominique Tian, tendant à assurer la représentation de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) au sein de la Conférence nationale de santé (CNS) et de la conférence régionale de santé (CRS).

M. le rapporteur. Avis défavorable. L'hospitalisation à domicile est déjà représentée par d'autres grandes fédérations hospitalières.

M. Dominique Tian. Elle ne l'est pas à la CNS. Or il est souhaitable qu'elle trouve sa place dans l'organisation des soins.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette successivement les quatre amendements.

Article additionnel après l'article 13

Circuit du médicament pour les établissements d'hospitalisation à domicile

Elle examine ensuite un amendement de M. Paul Jeanneteau relatif aux pharmacies à usage intérieur.

M. Paul Jeanneteau. Cet amendement vise à compléter la liste des dérogations concernant les pharmacies à usage intérieur afin de leur permettre d'approvisionner en médicaments de la réserve hospitalière les structures d'hospitalisation à domicile ne disposant pas de PUI.

Par ailleurs, l'approvisionnement en médicaments des établissements de santé est aujourd'hui assuré soit par la PUI, soit par une ou plusieurs pharmacies d'officine. Un système mixte n'est juridiquement pas prévu. Un tel cloisonnement rend le circuit du médicament complexe pour les établissements d'hospitalisation à domicile disposant d'une PUI, en particulier lorsqu'ils sont amenés à prendre en charge des patients dont le domicile est éloigné. L'amendement entend y remédier.

M. le rapporteur. En dépit des objections soulevées par plusieurs collègues, je reste favorable à la proposition de M. Jeanneteau.

La Commission adopte cet amendement.

Après l'article 13

Après avis défavorable du rapporteur, elle rejette ensuite deux amendements de Mme Bérengère Poletti et de M. Dominique Tian tendant à assurer la représentation de la FNEHAD au sein du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale (CNOSS).

Article additionnel après l'article 13

Intégration des honoraires médicaux dans le tarif des séjours des établissements privés

Puis, après que le rapporteur a émis un avis favorable, elle adopte un amendement de M. Dominique Tian visant à permettre aux établissements privés de salarier plus facilement un médecin en permettant que les honoraires de celui-ci soient pris en compte à titre dérogatoire par l'assurance maladie dans le séjour hospitalier.