

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I I I ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires culturelles, familiales et sociales

– Examen (articles) du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n° 1210) (*M. Jean-Marie Rolland, rapporteur*).. 2

Mardi

3 février 2009

Séance de 17 heures 30

Compte rendu n° 35

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

**Présidence de
M. Pierre Morange**
Vice-président
puis de
M. Pierre Méhaignerie
Président



**COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES,
FAMILIALES ET SOCIALES**

Mardi 3 février 2009

La séance est ouverte à dix-sept heures trente.

*(Présidence de M. Pierre Morange, vice-président
puis de M. Pierre Méhaignerie, président de la Commission)*

La Commission des affaires culturelles, familiales et sociales examine le rapport de M. Jean-Marie Rolland sur le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n° 1210).

M. Pierre Morange, vice-président. Je remercie les commissaires d'être présents en nombre pour débattre du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires. La Commission ayant été saisie de plus de 1 000 amendements, il conviendra que chacun soit concis et conserve le sens de la synthèse.

L'agenda de la Commission sera le suivant :

- cet après-midi, les commissaires travailleront jusqu'à 20 heures 15 ;
- demain, la Commission se réunira de 9 heures 30 à 13 heures, puis de 16 heures 15 à 20 heures 15 et, enfin, éventuellement, de 21 heures 30 à minuit ou une heure du matin ;
- en tant que de besoin, jeudi, la Commission pourra se réunir à partir de 9 heures 30 jusqu'à la fin de l'examen des amendements.

M. Jean-Marie Le Guen. Je tiens ici à préciser l'état d'esprit des députés socialistes, afin que ce point figure au procès-verbal de la Commission. Trois semaines de débats sont prévues en séance, c'est juste au regard de l'importance du texte. C'est également cohérent au regard de l'intense activité générée par ce texte sur tous les bancs de cette assemblée. C'est pour cette raison que le groupe SRC ne défendra pas, sauf exception, les amendements en commission. Ils seront en effet longuement défendus en séance. Pour autant, il est important de connaître dès la réunion de commission les amendements déposés par les autres collègues, car le travail en séance sera complexe, avec notamment le dépôt d'amendements par des députés d'autres commissions.

M. Jean Bardet. Il est étrange que les députés socialistes déposent des amendements en commission sans les soutenir, simplement pour connaître le contenu des amendements de la majorité ! Pourquoi devrions-nous attendre la séance publique pour connaître les arguments de l'opposition ?

M. le président Pierre Méhaignerie. Une vingtaine de points centraux du projet de loi méritent un débat approfondi, durant lequel chacun pourra donner son point de vue et connaître celui des autres. Je remercie le rapporteur pour le travail accompli.

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*

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 Prével 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 Préel, tendant à préciser que les missions de service public définies à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique sont assurés 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 Préel, 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 Leteurre, 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 Leteurre. 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 Leteurtre. 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 Prél, 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 Leteurre 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. A 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 Prél. 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 Prél 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 Prél. 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 Leteurre. 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 Prél 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 Bérandère 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 Bérandère 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 Bérandère 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 Bérengère 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 Bérangère 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 1er

La Commission est saisie de trois amendements identiques présentés respectivement par Mme Bérangère 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.

*A 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.*

*Puis la Commission **adopte** l'article 1^{er} ainsi modifié.*

Article 2 : Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé

*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 Leteurre. 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. Prével, qui seront présentés lors de la réunion de l'article 88 du Règlement, et qui prévoient que la CME « coopterait » 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 Préel. 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 séance est levée à 20 heures 30.