

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I I I <sup>e</sup> L É G I S L A T U R E

# Compte rendu

## Commission des affaires culturelles, familiales et sociales

- Suite de l'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
- Information relative à la commission ..... 32

Mercredi

4 février 2009

Séance de 9 heures 30

Compte rendu n° 36

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

**Présidence de  
M. Pierre Méhaignerie  
Président**



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

**Mercredi 4 février 2009**

*La séance est ouverte à neuf heures trente.*

*(Présidence de M. Pierre Méhaignerie, président de la Commission)*

*La Commission des affaires culturelles, familiales et sociales poursuit l'examen des articles du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n° 1210).*

**M. le président Pierre Méhaignerie.** Nous poursuivons l'examen des amendements à l'article 2.

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

*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 est saisie d'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 est ensuite saisie d'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<sup>er</sup> 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**

*Elle est saisie d'un autre 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**

*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<sup>er</sup>.

**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, évitons 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 est ensuite saisie de 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 est saisie d'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 est ensuite saisie de 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 Prével.** 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 est saisie de 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 Prével 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 Prével.** 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 Leteurre.** 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*

*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 est ensuite saisie d'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. 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 est saisie d'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 Leteurre 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**

*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<sup>er</sup> 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 est ensuite saisie de 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 Préel, 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 Préel.** 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 Préel deviennent **sans objet**.*

*La Commission est ensuite saisie d'un amendement de M. Jean-Luc Préel 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 est ensuite saisie de 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 est saisie des 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 est ensuite saisie de 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 est ensuite saisie de 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 est ensuite saisie de 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 Prével, 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 Prével.** 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 est saisie d'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 Prél tendant à supprimer l'alinéa 19 de l'article 5.*

**M. Jean-Luc Prél.** 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 Prél 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 Prél 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*

*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 est ensuite saisie d'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 Prél, 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 est ensuite saisie d'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 Prél 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 est ensuite saisie d'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 recombinaison 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 est saisie d'un amendement de M. Claude Leteurtre précisant que l'autorité du directeur de l'établissement hospitalier s'exerce dans le respect des règles déontologiques des professions de santé.*

**M. Claude Leteurtre.** 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 est ensuite saisie de 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 est ensuite saisie d'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 Prével 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 Prével.** 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 Prével 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 Prével 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 est saisie d'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 est saisie d'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 est ensuite saisie d'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 est ensuite saisie de 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 est ensuite saisie d'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.

*La séance est levée à douze heures vingt-cinq.*

\*

### **Information relative à la commission**

La commission a désigné **M. Bernard Perrut** rapporteur sur la proposition de loi visant à créer une allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie (n° 1407).