



N° 2362

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958 DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 21 janvier 2026.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LA PROPOSITION
DE LOI visant à garantir la **gratuité des parkings des hôpitaux publics pour les patients, les visiteurs et les personnels sur leur temps de travail,**

PAR M. STEPHANE HABLOT,

Député.

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS.....	5
COMMENTAIRE DES ARTICLES.....	9
<i>Article 1^{er} : Gratuité du stationnement dans les hôpitaux publics pour les patients, les visiteurs de courte durée et les personnels.....</i>	9
<i>Article 2 : Mécanisme compensatoire pour les établissements devant se conformer au principe de gratuité.....</i>	16
<i>Article 3 : Rapport d'évaluation et transparence dans la gestion des infrastructures de stationnement.....</i>	20
<i>Article 4 : Gage financier</i>	22
TRAVAUX DE LA COMMISSION.....	25
ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LE RAPPORTEUR.....	45
ANNEXE N° 2 : TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION DE L'EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI	47

AVANT-PROPOS

Le rapporteur souhaite, avant tout, remercier les députés et les groupes qui ont soutenu, dans un esprit de dialogue au service de l'intérêt général, cette proposition de loi transpartisane et son examen au cours de la semaine dont l'ordre du jour est déterminé par l'Assemblée nationale. Ses remerciements sincères s'adressent également à toutes les personnes qui ont contribué à ses travaux, lors des auditions qu'il a conduites à Paris mais aussi lors de la vingtaine de visites d'établissement qu'il a accomplies à travers la France, ainsi que tous les citoyens qui se mobilisent pour alerter la représentation nationale.

Tandis que de nombreux hôpitaux publics ont rendu leurs parcs de stationnement payants au cours des dernières années, souvent en recourant à une délégation de service public, l'objectif poursuivi à travers la gratuité prévue par la présente proposition de loi est clair. Il s'agit de contribuer à l'accès aux soins pour tous, à la solidarité, à la justice sociale, à la qualité du service public, à la sécurité et la dignité des patients comme à l'amélioration des conditions de travail des professionnels, sans mettre en péril la viabilité des établissements. Cet objectif doit nous rassembler autant qu'il doit réconcilier les usagers avec l'hôpital, si essentiel à notre société et pourtant si délaissé, alors même que personne ne manquait d'applaudir son personnel chaque soir lors de la pandémie de covid-19.

Pour être fructueux, le débat parlementaire doit toutefois reposer sur quelques interrogations et constats communément partagés. Est-il normal, par exemple, qu'une femme résidant dans les Vosges, obligée de prendre sa voiture pour rendre visite à sa mère en soins palliatifs à l'hôpital de Brabois à Vandœuvre-lès-Nancy, ait à payer près de 300 euros de frais de stationnement chaque mois ? La dignité des personnes est-elle préservée quand les proches sont contraints de quitter précipitamment l'unité de soin ou la chambre mortuaire, parce que l'heure tourne et que les charges de parking s'accumulent ? L'existence de « voitures-ventouses » et la saturation des parkings hospitaliers, qui constituent de vrais problèmes, justifient-elles un stationnement onéreux et pénalisant pour des personnes qui vont à l'hôpital recevoir des soins ou apporter un sourire et du réconfort à leurs proches, ou pour celles qui se rendent tout simplement sur leur lieu de travail ? Est-il tolérable qu'un hôpital public dégage chaque année 600 000 euros de bénéfices liés à l'exploitation de son parc de stationnement, financés par ses usagers y compris les plus précaires, comme le rapporteur a pu l'observer dans l'un de nos centres hospitaliers universitaires ?

S'il est évidemment nécessaire de prévenir la saturation des parkings des hôpitaux, il est inacceptable de voir la part d'établissements proposant un stationnement gratuit devenir aujourd'hui résiduelle. Le stationnement payant constitue de toute évidence un frein à l'accessibilité de l'hôpital public. Il mine

l'attachement au service public ainsi que son attractivité. Les causes de l'engorgement des espaces de stationnement sont d'ailleurs multiples, telles que le manque de transports en commun, le virage ambulatoire qui peut inciter les patients à garer leur véhicule plutôt qu'à se faire déposer, ou la désertification médicale en ville qui entraîne un report vers l'hôpital. La tarification ne saurait, en aucun cas, constituer une réponse unique : de nombreuses autres solutions apparaissent préférables, à l'image du développement des mobilités douces.

Il ne faut pas se tromper de cible : les usagers du service public hospitalier ne sauraient être perçus comme une manne financière destinée à compenser le sous-financement chronique de l'hôpital public. Ce ne sont pas des clients mais bien des citoyens ; leur indignation, largement partagée, est tout à fait légitime. Elle porte sur un sujet au demeurant accessoire mais qui, en réalité, lorsque la barrière se referme derrière un usager captif, touche au plus profond des valeurs du service public et de notre système de protection sociale, basé sur la solidarité nationale. Comme le dit si bien une usagère auditionnée : « *L'accès aux soins ne devrait jamais commencer par un ticket de parking* ».

Si la représentation nationale s'entend sur ces constats, il devient possible de débattre pour trouver collectivement la meilleure façon de répondre à ces enjeux et de s'assurer que l'hôpital demeure ce qu'il a toujours été : un service public essentiel, dont nos concitoyens sont fiers et qui répond pleinement à l'impératif constitutionnel de protection de la santé⁽¹⁾.

À cet égard, la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées de France, Mme Stéphanie Rist, a indiqué considérer « *à titre personnel [...] que ça n'est pas à l'État de décider très localement quel parking on va faire payer ou pas* »⁽²⁾. Le rapporteur en convient : les orientations stratégiques d'un hôpital public relèvent avant tout du niveau local et notamment des décisions de son conseil de surveillance. Aussi, il appartient aux établissements hospitaliers de s'attacher à chercher des financements et à développer des projets, y compris en matière de stationnement. Nombre d'entre eux le font d'ailleurs déjà, à l'image du parking photovoltaïque du groupe hospitalier Saintes-Saint-Jean-d'Angély sur le site de Saintes, qui couvre près de 10 % de ses frais d'électricité.

Ces observations n'exonèrent nullement l'État de sa responsabilité en matière d'organisation de notre système de santé et de financement des 1 330 hôpitaux publics de notre pays⁽³⁾. Les pouvoirs publics, et notamment l'État, doivent se saisir pleinement de la question du stationnement dans les hôpitaux, comme le reconnaît la direction générale de l'offre de soins (DGOS) : « *La question*

(1) *Le Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946* « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ».

(2) Interview dans l'émission Bonjour diffusée sur TF1 le 25 novembre 2025.

(3) *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Les établissements de santé en 2023, édition 2025, p. 8. Pour rappel, l'article 109 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026 prévoit un objectif de 112,8 milliards d'euros de dépenses relatives aux établissements de santé.*

de l'accessibilité des établissements de santé et des coûts de stationnement est légitime et doit être traitée afin de s'assurer que chacun puisse accéder sans frein financier à l'établissement de santé pour ses soins ou pour accompagner un proche »⁽¹⁾.

Aussi, la direction générale de l'offre de soins a indiqué avoir constitué un groupe de travail avec les fédérations hospitalières et les représentants d'usagers dans le but de sensibiliser les établissements et d'engager un recensement des pratiques, d'identifier les hôpitaux qui ont mené une réflexion sur le sujet, de mieux évaluer le coût d'un encadrement des frais de stationnement, et de travailler à l'élaboration d'une charte de bonne pratique de la tarification des parkings hospitaliers. Une telle démarche, bien que balbutiante et tardive, et que le Gouvernement avait déjà promise à plusieurs reprises au cours des deux dernières années, était nécessaire et nous devons, collectivement pousser le Gouvernement à la faire aboutir rapidement. Elle doit porter sur l'ensemble des établissements hospitaliers, y compris privés, et associer les usagers et les collectivités territoriales. Elle ne saurait toutefois suffire. Une impulsion complémentaire est assurément nécessaire de la part du législateur : nous devons construire des passerelles entre la loi, le règlement, et les tarifs mis en place par les établissements et les parties prenantes au niveau local.

L'Assemblée nationale s'est d'ailleurs déjà emparée de la question, la commission des affaires sociales ayant examiné deux propositions de loi il y a quelques semaines⁽²⁾. Si le texte rapporté par M. Pierre-Yves Cadalen a été adopté en commission, en tenant compte de certaines dispositions de la présente proposition de loi en matière de transparence notamment, il n'a pas été débattu en séance publique. De plus, il opposait le secteur public au secteur privé et se heurtait aux réalités hospitalières, en souhaitant notamment interdire le recours à des contrats de concession et en obligeant les établissements à résilier leurs contrats pour privilégier une régie directe, alors même que de telles résiliations seraient particulièrement coûteuses.

À l'inverse, la présente proposition de loi, en prévoyant à son article 1^{er} la gratuité des parkings des hôpitaux publics pour les patients, les visiteurs de courte durée et le personnel, répond aux attentes des citoyens sans déstabiliser les établissements. Des exemples, comme le centre hospitalier universitaire de Poitiers, prouvent qu'un tel dispositif est possible d'un point de vue opérationnel.

Pour autant, le rapporteur a conscience que la gratuité pour l'usager ne fait pas disparaître les coûts de construction et d'exploitation des parcs de stationnement.

(1) Contribution transmise au rapporteur par la direction générale de l'offre de soins.

(2) La proposition de loi de M. Pierre-Yves Cadalen et plusieurs de ses collègues visant à garantir la gratuité totale des parkings des établissements publics de santé, n° 1958, inscrite à l'ordre du jour de la journée réservée aux textes de *La France insoumise*, a été adoptée par la commission des affaires sociales le 19 novembre 2025 mais n'a pas été examinée en séance publique. La proposition de loi de M. Thierry Frappé et plusieurs de ses collègues relative à la gratuité des parkings d'hôpitaux publics, n° 1826, inscrite à l'ordre du jour de la journée réservée aux textes du Rassemblement National, a quant à elle été rejetée par la commission des affaires sociales le 22 octobre 2025.

C'est pourquoi, sans renoncer à la nécessité absolue de garantir aux usagers la qualité du service public hospitalier et son accessibilité, l'article 2 prévoit un mécanisme compensatoire, alors que le déficit des hôpitaux publics atteint près de 3 milliards d'euros en 2024⁽¹⁾, et laisse aux établissements deux ans pour s'adapter. En outre, il préserve l'autonomie administrative et financière des hôpitaux en maintenant leur capacité à recourir au secteur privé, conformément aux règles juridiques nationales et européennes. Ce faisant, il prémunit les établissements de tout bouleversement contractuel. Dans le même temps, le rapporteur appelle néanmoins le Gouvernement à accompagner les hôpitaux et à encadrer strictement leurs contrats de concession.

L'article 3 répond, quant à lui, à un impératif de transparence dans un contexte où les données liées à l'exploitation des parkings hospitaliers manquent cruellement. Ni l'administration centrale, ni les établissements n'ont été en mesure de fournir au rapporteur les données précises qu'il sollicitait.

Plus globalement, la question du stationnement hospitalier doit s'inscrire dans une large réflexion sur l'accès aux soins et le soutien au service public de la santé.

(1) Contribution transmise au rapporteur par la Fédération hospitalière de France (FHF) et la Conférence des directeurs généraux de centre hospitalier universitaire. Celles-ci précisent que ce déficit est « exclusivement lié à des causes exogènes : non-compensation de l'inflation, sous-financement des mesures du Ségur, dynamique salariale nationale et augmentation structurelle des besoins de soins liée au vieillissement de la population et aux maladies chroniques. »

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 1^{er}

Gratuité du stationnement dans les hôpitaux publics pour les patients, les visiteurs de courte durée et les personnels

Adopté par la commission avec modifications

L'article 1^{er} pose le principe de gratuité du stationnement des parkings des hôpitaux publics pour les patients durant leur prise en charge, pour les visiteurs pendant deux heures par jour, et pour le personnel le temps de leur service.

I. LE DROIT EN VIGUEUR

A. DES PARKINGS PAYANTS DONT LES COÛTS PÈSENT SUR LES USAGERS DE L'HÔPITAL PUBLIC

1. Une autonomie administrative et financière qui permet la gestion du parc de stationnement en régie ou en concession

• Les hôpitaux publics, ou établissements publics de santé, disposent d'une **personnalité morale** et sont dotés d'une **autonomie administrative et financière** leur permettant de décider de la gestion de leurs moyens matériels et humains⁽¹⁾. Cette autonomie les autorise à déterminer librement les modalités de gestion de leurs services et équipements, dont les parcs de stationnement.

Aucune disposition, qu'elle soit législative ou réglementaire, ne fixe à ce jour de règle particulière relative à la création, à la gestion ou à la tarification des parcs de stationnement des établissements publics de santé, qui ne sont d'ailleurs soumis à aucune obligation de mettre à disposition des places de stationnement.

• Aussi, en application de l'article L. 1 du code de la commande publique⁽²⁾, les établissements publics de santé peuvent librement choisir, pour l'exploitation de leur parc de stationnement, entre une gestion directe du service et une délégation de cette gestion :

(1) Article L. 6141-1 du code de la santé publique : « Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. »

(2) « Les acheteurs et les autorités concédantes choisissent librement, pour répondre à leurs besoins, d'utiliser leurs propres moyens ou d'avoir recours à un contrat de la commande publique. »

– la gestion directe, **en régie**, consiste pour l'établissement à assurer l'exploitation du parc de stationnement par ses propres moyens humains, matériels et financiers, sans transfert de gestion à un tiers. Les recettes de stationnement constituent alors des produits du budget hospitalier ;

– en tant que personnes morales de droit public, les établissements publics de santé peuvent également être des autorités concédantes au sens de l'article L. 1111-1 du code de la commande publique, et **confier l'exploitation de leur parking à un tiers opérateur à travers un contrat de concession**. Ce dernier est défini par le même article comme un contrat par lequel une ou plusieurs autorités concédantes soumises au code de la commande publique « confient l'exécution de travaux ou la gestion d'un service à un ou plusieurs opérateurs économiques, à qui est transféré un risque lié à l'exploitation de l'ouvrage ou du service, en contrepartie soit du droit d'exploiter l'ouvrage ou le service qui fait l'objet du contrat, soit de ce droit assorti d'un prix ». Il est précisé que la part de risque transférée au concessionnaire implique « une réelle exposition aux aléas du marché, de sorte que toute perte potentielle supportée par le concessionnaire ne doit pas être purement théorique ou négligeable »⁽¹⁾. Le concessionnaire se rémunère principalement sur les recettes d'exploitation, c'est-à-dire sur les sommes acquittées par les usagers. Si différents types de contrats existent, tels que l'affermage, dans lequel les ouvrages nécessaires à l'exploitation du service sont remis au cocontractant par l'autorité délégante, la Fédération nationale des métiers du stationnement (FNMS) indique que la concession constitue le principal modèle contractuel de la gestion déléguée du stationnement des centres hospitaliers publics.

• Dans ce contexte, « les données recueillies par la Conférence des directeurs généraux de CHU montrent une **hétérogénéité des situations**. Les modes de gestion varient entre régie directe et concession. Les taux d'occupation sont particulièrement élevés dans les zones urbaines denses »⁽²⁾. La direction générale de l'offre de soins relève que « la situation actuelle en matière de parc de stationnement et de pratique tarifaire diffère d'un établissement à l'autre »⁽³⁾, notamment en fonction :

– des contraintes architecturales, particulièrement en zone urbaine ;

– de l'environnement immédiat de l'établissement de santé, et surtout de la présence d'autres modalités de stationnement qui peuvent créer un effet de report de la part de personnes ne fréquentant pas l'hôpital, dès lors que les alternatives sont plus coûteuses ;

– du réseau des transports en commun desservant l'établissement.

(1) Article L. 1111-1 du code de la commande publique.

(2) Contribution transmise au rapporteur par la Fédération hospitalière de France et la Conférence des directeurs généraux de centre hospitalier universitaire.

(3) Contribution transmise au rapporteur par la direction générale de l'offre de soins.

2. Le développement du parking payant et des concessions : vers une marchandisation au détriment des usagers du service public

● Alors que l'accès aux parcs de stationnement des établissements hospitaliers était historiquement gratuit, en lien avec leur mission de solidarité et de service public et comme une condition d'application du principe d'égal accès aux soins⁽¹⁾, le stationnement payant s'est développé au cours des dernières années.

En effet, la Fédération hospitalière de France et la Conférence des directeurs généraux de centres hospitaliers universitaires notent que **seuls un quart des centres hospitaliers universitaires et une proportion identique de centres hospitaliers dans les grandes agglomérations disposent d'un stationnement totalement gratuit**. Autrement dit, près des trois quarts des parcs de stationnement hospitaliers seraient aujourd'hui payants, ce que confirme la direction générale de l'offre de soins⁽²⁾. La Fédération nationale des métiers du stationnement affirme même, quant à elle, que **90 % des centres hospitaliers universitaires ont introduit une tarification du stationnement**.

La Fédération hospitalière de France et la Conférence des directeurs généraux de centre hospitalier universitaire précisent que :

– les établissements urbains denses sont davantage contraints de recourir à la tarification pour garantir l'accès, la sécurité et la rotation des véhicules, du fait des politiques locales de stationnement payant en ville. Les établissements ruraux ou périphériques disposent de marges de manœuvre plus importantes pour maintenir la gratuité. Le mode de gestion influe également sur la capacité d'adaptation et de modulation tarifaire ;

– plus de 85 % des centres hospitaliers universitaires et plus des deux tiers des centres hospitaliers ont défini des dispositifs spécifiques de réduction ou d'exonération de frais de stationnement pour certains publics (handicap, vulnérabilité, enfant hospitalisé, proches de patients en soins palliatifs, famille effectuant de longs trajets...) : gratuités horaires, forfaits longue durée, tarifs réduits pour les accompagnants, libre accès pour les personnels de santé hospitaliers ou libéraux exerçant dans l'enceinte de l'établissement. D'autres dispositifs existent comme la création d'une navette gratuite accessible depuis le centre-ville, soutenue par la commune, comme au centre hospitalier de Valenciennes dont le parking est payant.

(1) Article L. 1110-1 du code de santé publique : « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels et les établissements de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes ou dispositifs participant à la prévention, aux soins ou à la coordination des soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les collectivités territoriales et leurs groupements, dans le champ de leurs compétences respectives fixées par la loi, et avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible. »

(2) Rapport sur la proposition de loi de M. Thierry Frappé et plusieurs de ses collègues relative à la gratuité des parkings d'hôpitaux publics (1826), n° 1989, 22 octobre 2025 ; rapport sur la proposition de loi de M. Pierre-Yves Cadalen et plusieurs de ses collègues visant à garantir la gratuité totale des parkings des établissements publics de santé (1958), n° 2120, 19 novembre 2025.

Si l'objet du présent rapport n'est pas d'analyser les causes multiples qui ont conduit à rendre payants les parcs de stationnements hospitaliers, il apparaît que la **gratuité a progressivement été remise en question**. Elle a été **perçue, ou opportunément présentée, comme une des raisons de la saturation des parcs** en favorisant les stationnements de longue durée, les « voitures ventouses » et l'utilisation des parkings hospitaliers comme parkings relais.

La Fédération hospitalière de France et la Conférence des directeurs généraux de centre hospitalier universitaire affirment ainsi que les « *politiques municipales de stationnement payant autour des hôpitaux entraînent de facto un effet d'éviction qui conduit les automobilistes à se reporter vers les parkings gratuits de l'hôpital public. Le résultat est bien connu : des parkings saturés, moins de places disponibles pour les patients et les soignants, plus de tensions et parfois des retards voire des renoncements aux soins. L'expérience de terrain montre que, dans certains contextes, une tarification modérée et encadrée permet de mieux garantir l'accessibilité qu'une gratuité totale, en régulant les flux et en réservant les places à ceux qui en ont réellement besoin* »⁽¹⁾. Aussi, pour ces organisations, « *les difficultés rencontrées par les patients et les personnels sont principalement liées à la saturation, plus qu'au coût, dans certains territoires* ».

Pour la Fédération nationale des métiers du stationnement, la tarification du parking constituerait même « *une garantie de disponibilité de places pour les différentes catégories d'usagers. Elle évite les voitures ventouse et le stationnement dangereux. Elle garantit la circulation des véhicules de secours. Elle constitue par conséquent une garantie d'accessibilité* »⁽²⁾.

• **Dans le même temps, les établissements publics ont choisi, de manière croissante, de recourir à des contrats de concession pour l'exploitation de leur parc de stationnement.**

Ce phénomène reste malheureusement mal connu, faute de données nationales consolidées, ce que le rapporteur ne peut que déplorer. La gestion directe en régie constituerait désormais l'exception tandis que les contrats de concession continueraient, selon la Fédération nationale des métiers du stationnement, à se développer⁽³⁾.

Pour l'hôpital, le recours à un opérateur privé serait un moyen de solliciter une expertise dont il ne dispose pas et de faire assumer par le cocontractant le poids des investissements d'infrastructures, dans un contexte budgétaire contraint lié au sous-financement structurel des établissements publics de santé ainsi qu'à leurs contraintes foncières, qui les incitent à optimiser une ressource rare. **Alors que la Fédération nationale des métiers du stationnement reconnaît elle-même que les appels d'offres publiés par les hôpitaux répondent à un niveau d'exigence**

(1) Contribution transmise au rapporteur par la Fédération hospitalière de France et la Conférence des directeurs généraux de centre hospitalier universitaire.

(2) Contribution transmise au rapporteur par la Fédération nationale des métiers du stationnement.

(3) Rapport précité sur la proposition de loi de M. Pierre-Yves Cadalen, n° 2120.

variable, intégrant parfois des dispositions « baroques », le rapporteur souligne que la normalisation des contrats de concession constitue un enjeu majeur. Dans ce contexte, sans remettre en cause la liberté des établissements publics de choisir de déléguer la gestion de leur parc de stationnement, ce qui serait source d’insécurité juridique, le rapporteur appelle le Gouvernement à assister les hôpitaux qui font ce choix et à encadrer strictement les contrats de concession.

• La conjonction de ces phénomènes de tarification et de recours à des opérateurs privés a fait émerger une logique de marchandisation du parc de stationnement. Elle pénalise l’ensemble des usagers et elle représente un frein financier à l’accès à l’hôpital, en rupture avec le cadre constitutionnel⁽¹⁾ et législatif⁽²⁾ ainsi qu’avec les missions du service public hospitalier⁽³⁾. La diversité des pratiques vient par ailleurs rompre l’égalité entre les usagers selon l’établissement qu’ils fréquentent.

Tous les usagers d’un parc de stationnement payant se trouvent en effet pénalisés par ce reste à charge qui leur est progressivement transféré, comme l’a constaté le rapporteur en visitant plus d’une vingtaine d’établissements à travers la France :

– **les patients** peuvent être conduits à renoncer à leurs soins ou à écourter leurs rendez-vous, malgré l’existence de dispositifs de remboursement qui se révèlent trop souvent inopérants, comme l’avait déjà souligné M. Pierre-Yves Cadalen⁽⁴⁾. Cela entraîne également des effets de bord tels que, pour les patients éligibles à ce dispositif, le recours à un transport – le plus souvent une ambulance ou un véhicule sanitaire léger – pris en charge, sous certaines conditions, par l’assurance maladie⁽⁵⁾, ce qui ne manque pas d’engendrer un surcoût et de mobiliser des véhicules de façon non optimale ;

– **les proches**, pour qui le stationnement représente une charge parfois majeure. Une usagère auditionnée par le rapporteur, mère d’une enfant atteinte d’une maladie génétique rare, a ainsi déboursé, pour 80 consultations et 53 jours

(1) *Le Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946* « garantit à tous, notamment à l’enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ».

(2) Article L. 1110-1 du code de la santé publique.

(3) Article L. 6112-1 du code de la santé publique : « Le service public hospitalier exerce l’ensemble des missions dévolues aux établissements de santé par le chapitre Ier du présent titre ainsi que l’aide médicale urgente, dans le respect des principes d’égalité d’accès et de prise en charge, de continuité, d’adaptation et de neutralité et conformément aux obligations définies à l’article L. 6112-2. »

(4) *Rapport précité sur la proposition de loi de M. Pierre-Yves Cadalen, n° 2120* : « le rapporteur souligne que les dispositifs mis en place pour rembourser les patients, par une logique de forfait avec ticket spécifique ou par remboursement de l’assuré par la sécurité sociale, sont inopérants. La méthode du ticket connaît des difficultés de mise en œuvre comme l’illustre l’exemple de Brest où une mère-accompagnante n’a pu bénéficier qu’une seule fois du ticket-patient de 1,80 euro par jour. Pour venir en visite, il aurait fallu ouvrir et clore un nouveau dossier patient chaque jour. La seconde modalité de remboursement par la sécurité sociale pose également question puisqu’elle connaît un très important non-recours du fait de l’état d’épuisement des patients, qui renoncent à assurer les démarches. »

(5) Article L. 322-5 du code de la sécurité sociale.

d'hospitalisation, pas moins de 2 228 euros pour le stationnement, le total dépassant les 4 000 euros en tenant compte des frais annexes d'accompagnement. Un autre usager souligne le poids financier qui s'ajoute à la douleur liée à la perte d'un être cher, lorsqu'une famille se mobilise collectivement, parfois en venant de loin, pour accompagner l'un des siens dans une fin de vie digne ;

– **le personnel**, amené de façon absurde à payer pour travailler, alors qu'une partie des professionnels est soumise à des horaires atypiques la privant d'alternative à la voiture. Le rapporteur s'étonne à cet égard que la direction générale de l'offre de soins considère que le « *sujet se pose toutefois différemment pour les personnels d'une part et les patients et leurs proches d'autre part. S'agissant des personnels, le sujet relève de l'attractivité des établissements et ne semble donc pas appeler une réponse uniforme. Il convient de noter que les employeurs n'ont aujourd'hui pas l'obligation de fournir un stationnement gratuit à leurs salariés et que toute mesure générale de cette nature pourrait conduire à favoriser, y compris en cas d'alternative possible, le mode de transport le moins compatible avec nos objectifs de décarbonation* »⁽¹⁾. La direction générale de l'offre de soins juge ainsi qu'une « *gratuité générale ne paraît pas opportune* » pour cette catégorie d'usagers.

Une telle situation est de toute évidence inacceptable. Le stationnement hospitalier constitue une composante de l'accès aux soins et de la sécurité sanitaire. La direction générale de l'offre de soins et les institutions en charge de la qualité des soins en établissement de santé, en premier lieu la Haute Autorité de santé, considèrent d'ailleurs elles-mêmes que la satisfaction et la prise en compte de l'expérience du patient font partie intégrante de la qualité des soins⁽²⁾.

Le rapporteur ne peut que dénoncer une tarification qui produit de tels effets et qui, alors même qu'elle est prétendument justifiée par un objectif d'accessibilité, conduit trop souvent à instaurer des tarifs prohibitifs restreignant précisément l'accès au service public hospitalier.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

• L'article 1^{er} pose le **principe de gratuité du stationnement dans les hôpitaux publics pour les patients, les visiteurs de courte durée et le personnel**. Pour ce faire, il insère dans le code de la santé publique un article L. 1112-3-1 disposant que les établissements publics de santé assurent la gratuité du stationnement pour le personnel, les patients accueillis et leurs visiteurs.

(1) Contribution transmise au rapporteur par la direction générale de l'offre de soins.

(2) La direction générale de l'offre de soins indique à cet égard que le questionnaire de satisfaction « e-satis », adressé à chaque patient, pour qui l'adresse électronique est disponible, quinze jours après son hospitalisation, comporte un item portant explicitement sur l'accessibilité de l'établissement, y compris du parking. Par ailleurs, la satisfaction des usagers fait par ailleurs partie du dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité qui concerne tous les établissements de santé. Ainsi, l'établissement est, en principe, sanctionné s'il obtient de mauvais résultat sur cet indicateur de satisfaction.

Il précise les modalités applicables aux trois catégories visées :

– les patients bénéficient de la gratuité du stationnement pendant toute la durée de leur prise en charge médicale au sein de l'établissement ;

– les visiteurs des patients hospitalisés bénéficient de deux heures de stationnement gratuit par jour. Le coût de stationnement ne peut excéder quinze euros par jour et le prix d'un abonnement mensuel est limité à cent euros par mois ;

– la gratuité du stationnement s'applique, pour les agents, durant le temps de service et bénéficie à l'ensemble du personnel hospitalier, quel que soit son statut ou sa fonction.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR LA COMMISSION

La commission a adopté plusieurs amendements déposés par le rapporteur. Ce faisant, en plus d'apporter des améliorations de nature strictement rédactionnelle⁽¹⁾, la commission a :

– précisé que le dispositif concerne uniquement les établissements qui disposent d'un parc de stationnement, afin de prévenir toute interprétation extensive imposant aux établissements de rembourser au personnel, aux patients et à leurs visiteurs les frais de stationnement lorsque celui-ci n'est possible qu'à « l'extérieur » de l'établissement (amendement AS32) ;

– disposé que les proches aidants mentionnés à l'article L. 113-1-3 du code de l'action sociale et des familles, lorsqu'ils interviennent en cette qualité, les représentants légaux ou les titulaires de l'autorité parentale si le patient est mineur, et les personnes qui se substituent au transport sanitaire pris en charge par l'assurance maladie, bénéficient de la gratuité du stationnement pendant toute la durée de la prise en charge médicale du patient. Cette disposition résulte de l'adoption de l'amendement AS33 du rapporteur, qui s'est efforcé de reprendre les propositions formulées par les amendements de MM. Thibault Bazin, Paul-André Colombani et Thierry Frappé, ainsi que de Mme Marine Hamelet et plusieurs de ses collègues ;

– précisé que la gratuité bénéficie aux visiteurs pour une durée d'au moins deux heures, explicitant que les hôpitaux qui proposent aujourd'hui une gratuité totale pour leurs visiteurs n'auront pas à limiter cette gratuité à deux heures seulement (amendement AS35) ;

– encadré la gratuité applicable au stationnement du personnel, en précisant qu'elle s'applique sur les emplacements qui leur sont consacrés (amendement AS36).

(1) Amendements AS31 et AS34.

Article 2

Mécanisme compensatoire pour les établissements devant se conformer au principe de gratuité

Adopté par la commission avec modifications

L'article 2 instaure un mécanisme compensatoire prévoyant un financement complémentaire pour les établissements qui se mettent en conformité avec la gratuité définie à l'article 1^{er}. Les établissements sont tenus d'engager des négociations avec leur cocontractant et peuvent déroger à la loi pendant deux ans, après quoi ils voient leur financement réduit.

I. LE DROIT EN VIGUEUR

• Les principes classiques du droit des contrats publics s'appliquent lorsqu'un établissement public de santé confie à un opérateur privé la gestion d'un parc de stationnement à travers une concession. Ainsi, **la personne publique dispose toujours du droit de modifier ou de résilier unilatéralement le marché public ou le contrat de concession pour un motif d'intérêt général**, même en l'absence de clause en ce sens.

En effet, comme le rappelle le Gouvernement⁽¹⁾, le **pouvoir de modification ou de résiliation unilatérale dont disposent les personnes publiques** est une règle générale applicable aux contrats administratifs issue de la jurisprudence. Elle figure aux 4^o et 5^o de l'article L. 6 du code de la commande publique⁽²⁾. Ce pouvoir s'exerce dans des conditions strictement encadrées par la loi et la jurisprudence, tant sur ses motifs que sur ses conséquences, notamment indemnитaires.

Aussi, le co-contractant ne dispose pas d'un droit absolu à la poursuite du contrat. Si, lorsque le contrat l'a prévu et ne porte pas sur l'exécution d'un service public, la résiliation peut également être décidée par le cocontractant de l'administration en cas de méconnaissance par cette dernière de ses obligations contractuelles, l'administration peut d'ailleurs s'opposer à cette rupture des relations contractuelles pour un motif d'intérêt général⁽³⁾.

(1) Ministères économiques et financiers, « *La résiliation unilatérale des marchés publics et des contrats de concession* », fiche technique de la direction des affaires juridiques, mise à jour au 20 novembre 2025.

(2) « 5^o L'autorité contractante peut résilier unilatéralement le contrat dans les conditions prévues par le présent code. Lorsque la résiliation intervient pour un motif d'intérêt général, le cocontractant a droit à une indemnisation, sous réserve des stipulations du contrat ».

(3) Conseil d'État, 8 octobre 2014, Société Grenke Location, n° 370644 ; cour administrative d'appel de Nancy, 2 avril 2015, Société Grenke Location, n° 14NC01885 ; Conseil d'État, 4 avril 2024, Métropole Toulon Provence Méditerranée, n° 491068.

• La contrepartie de cette prérogative des personnes publiques est l'**indemnisation du cocontractant qui, par définition, n'a commis aucune faute, dans les conditions du même article L. 6 du code de la commande publique** :

– s'agissant d'une modification unilatérale du contrat, elle **ne peut bouleverser l'équilibre du contrat**. Le « *cocontractant a droit à une indemnisation, sous réserve des stipulations du contrat* ». Ainsi, la modification ou la rupture d'un contrat au nom d'un motif d'intérêt général doit respecter le **principe d'équilibre financier du contrat administratif**⁽¹⁾ ;

– s'agissant d'une résiliation unilatérale pour un motif d'intérêt général, « *le cocontractant a droit à une indemnisation, sous réserve des stipulations du contrat* ».

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

L'article 2 instaure un **mécanisme compensatoire transitoire** pour les établissements publics de santé amenés à modifier les conditions tarifaires de stationnement et à renégocier leurs engagements contractuels en application du principe de gratuité instauré à l'article 1^{er}, assorti d'une **pénalité** pour les établissements qui ne se mettent pas en conformité dans les délais.

• L'article 2 prévoit d'une part un **financement complémentaire** pour les établissements qui respectent le principe de gratuité mentionné à l'article L. 1112-3-1 du code de la santé publique issu de l'article 1^{er} de la présente proposition de loi. Il octroie une compensation aux établissements pour lesquels la mise en conformité entraîne une charge ou une perte de recettes. Il **ne s'agit nullement de généraliser un tel financement ni d'apporter une subvention compensatoire qui pourrait représenter 80 à 90 % du chiffre d'affaires des contrats et déchargerait le concessionnaire du risque qu'il est censé assumer, comme le craint la Fédération nationale des métiers du stationnement, mais bien d'inciter les établissements à trouver un nouvel équilibre budgétaire dans la gestion de leur parc de stationnement, que celle-ci soit opérée par l'établissement lui-même ou de manière déléguée.**

Le dispositif précise que les établissements pourront bénéficier de ce financement complémentaire dès lors qu'ils répondent à plusieurs critères :

– la gratuité du stationnement pour les patients pendant toute la durée de leur prise en charge médicale au sein de l'établissement, et pour le personnel soignant le temps de son service ;

– le maintien de la gratuité existante ou la garantie d'au moins deux heures gratuites de stationnement toutes les vingt-quatre heures pour les visiteurs ;

(1) Article L. 3135-2 du code de la commande publique : « Lorsque l'autorité concédante apporte unilatéralement une modification à un contrat administratif, le concessionnaire a droit au maintien de l'équilibre financier du contrat, conformément aux dispositions du 4^o de l'article L. 6. »

– la présentation annuelle devant le conseil de surveillance et la commission des usagers d'un rapport sur la gestion des infrastructures de stationnement.

Les modalités de calcul et de versement de ce financement complémentaire sont définies annuellement par décret.

• Pour garantir une bonne mise en œuvre des prescriptions de la présente proposition de loi et offrir une souplesse nécessaire à certains établissements, l'**article 2 prévoit d'autre part que, pour une durée maximale de deux ans**, les établissements publics de santé ayant conclu des délégations de service public pour la gestion de leur parking peuvent déroger temporairement à la gratuité.

Cette durée permet aux établissements de renégocier sereinement leur politique tarifaire ainsi que leur contrat, si nécessaire, en trouvant avec le cocontractant la meilleure manière de rénover, sans le bouleverser, l'équilibre financier de leurs relations. En effet, pour la Fédération hospitalière de France et la Conférence des directeurs généraux de centre hospitalier universitaire, au-delà des aspects opérationnels associés à la mise en œuvre de la gratuité, « *une remise en cause rapide de ces équilibres contractuels pourrait entraîner des surcoûts significatifs pour les établissements* ».

Dans ce contexte, le rapporteur souligne que, contrairement aux propositions de loi examinées lors des journées réservées aux groupes Rassemblement National⁽¹⁾ et La France insoumise - Nouveau Front Populaire⁽²⁾, il ne s'agit en aucun cas de :

– remettre en cause l'autonomie des établissements et la possibilité, pour eux, de recourir à des contrats de concession, conformément au code de la commande publique, à la jurisprudence administrative et au droit de l'Union européenne⁽³⁾. Par conséquent, les établissements publics de santé pourront continuer, à travers des contrats de concession, à bénéficier de l'expertise d'opérateurs privés spécialisés dans la gestion de leur parc de stationnement. L'importance de cet enjeu est mise en exergue par la Fédération hospitalière de France et la Conférence des directeurs généraux de centre hospitalier universitaire : « *Il faut également rappeler que la gestion d'un parking hospitalier relève d'une véritable ingénierie, avec des volumes de circulation très élevés : deux centres hospitaliers universitaires de taille moyenne gèrent chaque année entre 1,8 et 2,5 millions de flux de véhicules, et un centre hospitalier universitaire de grande taille dépasse les 4 millions de flux annuels* » ;

– ni de les obliger à résilier leur contrat en cours.

(1) Proposition de loi de M. Thierry Frappé et plusieurs de ses collègues relative à la gratuité des parkings d'hôpitaux publics, n° 1826, 16 septembre 2025.

(2) Proposition de loi de M. Pierre-Yves Cadalen et plusieurs de ses collègues visant à garantir la gratuité totale des parkings des établissements publics de santé, n° 1958, 14 octobre 2025.

(3) Directive 2014/23/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 février 2014 sur l'attribution de contrats de concession.

Le dispositif prévoit néanmoins qu'à l'issue de la période dérogatoire de deux ans, les établissements qui ne se sont pas mis en conformité subissent une **réduction de leur financement**.

• L'article 2 encadre par ailleurs la renégociation des contrats en cours. Les établissements sont tenus, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi, d'engager une négociation avec les titulaires de contrats de délégation de service public existants, en vue de leur mise en conformité.

Une telle adaptation est justifiée par un motif d'intérêt général impérieux, et elle s'inscrit pleinement dans les cas prévus par le code de la commande publique.

• Aussi, aucune indemnité ne peut être exigée du fait de la mise en conformité prévue à l'article L. 1112-3-1 du code de la santé publique.

Pour des raisons de sécurité juridique, cette disposition pourrait être précisée ou adaptée par amendement. Le rapporteur constate néanmoins que les craintes budgétaires liées à l'entrée en vigueur de la proposition de loi, même dans le cas où des indemnités devaient être versées, sont à relativiser :

– la Fédération nationale des métiers du stationnement évalue à près de 400 millions d'euros l'indemnisation des délégataires qui résulterait de la rupture anticipée de l'ensemble des contrats de concession. Si ce chiffre important est jugé « *crédible* » par la Fédération hospitalière de France et la Conférence des directeurs généraux de centre hospitalier universitaire, un dispositif strictement encadré et équilibré, tel que celui proposé par la présente proposition de loi, permettra de prévenir toute rupture de contrat ;

– d'éventuelles indemnités liées à la modification des contrats de concession seraient, quant à elles, modérées. En effet, la Fédération nationale des métiers du stationnement indiquant que ses adhérents gèrent 41 parcs de stationnement hospitaliers, représentant un chiffre d'affaires de 70 millions d'euros par an, il s'agit de relativiser le montant d'une compensation de ces recettes, qui serait partielle puisqu'une tarification perdurait dans certains cas.

• Enfin, l'article 2 dispose que tout contrat de délégation de service public ou toute convention lié à la gestion de parkings dans les établissements publics de santé, conclu après la promulgation de la présente loi, intègre les obligations prévues à l'article 1^{er}.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR LA COMMISSION

La commission a réécrit entièrement l'article 2, en adoptant l'amendement AS37 du rapporteur. En plus d'améliorer la rédaction de cet article pour la rendre plus claire et plus concise, cet amendement :

– renonce à la codification du dispositif initialement prévue, laquelle apparaît peu opportune dans la mesure où ces dispositions sont essentiellement transitoires ;

– explicite le fait que le financement complémentaire ne bénéficie qu’aux établissements pour lesquels la mise en conformité à l’article L. 1112-3-1 du code de la santé publique entraîne une charge ou une perte de recettes, et que tous ces établissements, quel que soit le mode de gestion de leur parking, bénéficient de la période dérogatoire de deux ans. Il précise que cette période prend effet à compter de la promulgation de la loi ;

– reprend les dispositions de l’amendement AS25 de M. Thibault Bazin, pour disposer qu’en l’absence de conformité à la loi, le financement est réduit de manière graduée et proportionnée selon la gravité des manquements et les raisons ayant conduit l’établissement à ne pas se conformer à la loi, selon des modalités définies par décret ;

– supprime les alinéas 3 à 6 du dispositif initial, redondance superflue de l’article 1^{er} et du second alinéa de l’article 3.

*
* * *

Article 3
**Rapport d’évaluation et transparence dans la gestion
des infrastructures de stationnement**

Adopté par la commission avec modifications

L’article 3 renforce la transparence dans la gestion des parkings des hôpitaux en prévoyant la remise de rapports annuels, d’une part par les agences régionales de santé et, d’autre part, par le directeur de chaque hôpital.

I. LE DROIT EN VIGUEUR

• **Le cadre législatif applicable aux contrats publics fixe des obligations en matière de transparence dans l’exécution du contrat de concession.** Il prévoit la remise, par le concessionnaire, d’un rapport d’information à l’autorité concédante. Ainsi, en application de l’article L. 3131-5 du code de la commande publique, le « *concessionnaire produit chaque année un rapport comportant notamment les comptes retracant la totalité des opérations afférentes à l’exécution du contrat de concession et une analyse de la qualité des ouvrages ou des services. Lorsque la gestion d’un service public est concédée, y compris dans le cas prévu à l’article L. 1121-4, ce rapport permet en outre aux autorités concédantes d’apprécier les conditions d’exécution du service public* ».

• En dépit de cela, le manque de transparence et de données disponibles pour les usagers mais aussi pour les représentants du personnel et, par extension, pour les pouvoirs publics, est aujourd’hui manifeste. Cette lacune

concerne les contrats de concession mais aussi, plus globalement, la gestion et l'incidence budgétaire de l'exploitation des parcs de stationnement hospitalier.

La direction générale de l'offre de soins admet d'ailleurs elle-même que l'information quant aux conditions de stationnement n'est pas toujours disponible et que « *la mobilisation de la commission des usagers, en charge notamment de l'examen des plaintes et réclamations réceptionnées par l'établissement, n'est pas toujours effective sur ce sujet alors qu'elle peut également être un soutien intéressant en établissement pour sensibiliser la gouvernance et travailler à des solutions concrètes* »⁽¹⁾. Elle ajoute que l'incidence budgétaire de l'exploitation du stationnement dans les hôpitaux publics ne peut être documentée car il n'existe pas, dans la comptabilité publique des établissements publics, de poste dédié aux recettes de parkings ni à la redevance versée par les sociétés d'exploitation.

Dans ces conditions, **la direction générale de l'offre de soins, qui indique qu'en « l'absence de données exhaustives, il n'est pas possible de dégager des tendances quant aux modalités de gestion du stationnement et le profil de l'établissement », n'a pas été en mesure de fournir au rapporteur les données sollicitées** sur le mode de gestion du stationnement, le nombre de places relatif au nombre de patients et d'agents, le taux d'occupation des parkings, la part estimée de « voitures-ventouses », le temps moyen de stationnement des visiteurs, le coût moyen et les difficultés liées au stationnement pour les patients, leurs visiteurs et le personnel.

La direction générale de l'offre de soins en conclut que « *seule une enquête approfondie auprès de l'ensemble des établissements permettrait de documenter les questions posées* »⁽²⁾.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

L'article 3 renforce la transparence en matière de gestion des parcs de stationnement des établissements publics de santé, pour les usagers comme pour les pouvoirs publics. Le rapporteur rappelle que ce dispositif avait été intégré par la commission des affaires sociales, avec un avis favorable du rapporteur M. Pierre-Yves Cadalen, à la proposition de loi du groupe La France insoumise en novembre 2025⁽³⁾, à travers l'adoption l'amendement AS2 de M. Pierrick Courbon et des membres du groupe Socialistes et apparentés.

(1) Contribution transmise au rapporteur par la direction générale de l'offre de soins.

(2) La direction générale de l'offre de soins précise que « la conférence des CHU a en 2024 communiqué au cabinet du ministre quelques chiffres sur les centres hospitaliers universitaires mais datant de 2019 : parmi 17 répondants, 13 appliquaient une tarification de leurs parkings, dont 7 en régie ».

(3) *Texte (n° 2120-A0) de la commission sur la proposition de loi de M. Pierre-Yves Cadalen et plusieurs de ses collègues visant à garantir la gratuité totale des parkings des établissements publics de santé (n° 1958), 19 novembre 2025.*

● Le premier alinéa impose qu'un rapport annuel soit remis par les agences régionales de santé au ministère en charge de la santé afin de vérifier la bonne application de la présente loi.

● Le second alinéa dispose que la transparence dans la gestion des infrastructures de stationnement est assurée par la publication d'un rapport annuel soumis à l'approbation du conseil de surveillance de l'hôpital et de la commission des usagers. Interrogée sur ce dispositif, la direction générale de l'offre de soins indique qu'une « *information à la commission des usagers, qui doit être partie prenante de cet enjeu, ainsi que du conseil de surveillance, est utile notamment pour mettre en avant les efforts fournis pour améliorer l'accessibilité de l'établissement* ».

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR LA COMMISSION

La commission a adopté, avec avis défavorable du rapporteur, un amendement de rédaction globale de l'article 3, n° AS12, déposé par Mme Sandrine Nosbé et plusieurs de ses collègues. Cet amendement remplace les deux rapports initialement prévus par un unique rapport, remis par le Gouvernement au Parlement dans un délai d'un an à compter de la publication de la présente loi, sur le coût réel du stationnement au sein des établissements publics de santé. Il est précisé que ce rapport propose notamment un plan d'internalisation de la gestion du stationnement ainsi qu'une interdiction de délégation de ce service et que, à ce titre, il évaluera le coût de la résiliation législative de l'ensemble des conventions en cours ainsi que le coût de la gratuité totale des parkings des établissements publics de santé.

*
* *

Article 4 **Gage financier**

Adopté par la commission

Le présent article compense la charge et la perte de recettes induites pour les organismes de sécurité sociale par les précédents articles de la proposition de loi.

I. LE DROIT EN VIGUEUR

L'article 40 de la Constitution du 4 octobre 1958 encadre la recevabilité des propositions de loi en matière financière. Il dispose que « *les propositions et amendements formulés par les membres du Parlement ne sont pas recevables*

lorsque leur adoption aurait pour conséquence soit une diminution des ressources publiques, soit la création ou l'aggravation d'une charge publique ».

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

L'article 4 compense la perte de recettes et la charge pour les organismes de sécurité sociale pouvant résulter des articles 1^{er} et 2. Il prévoit la majoration du taux de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Lors de sa première réunion du mercredi 21 janvier 2026, la commission examine la proposition de loi visant à garantir la gratuité des parkings des hôpitaux publics pour les patients, les visiteurs et les personnels sur leur temps de travail (n° 1794) (M. Stéphane Hablot, rapporteur) ⁽¹⁾.

M. le président Frédéric Valletoux. Le texte que nous examinons dans le cadre de l'ordre du jour transpartisan porte sur la gratuité des parkings des hôpitaux publics, un sujet dont nous débattons pour la troisième fois en quelques semaines.

M. Stéphane Hablot, rapporteur. Les précédents textes auxquels vous faites allusion n'ont pu être soumis au vote de l'ensemble des députés dans le contexte que nous connaissons ; celui que je vous présente, figurant à l'ordre du jour de la semaine de l'Assemblée, permettra de connaître leur avis sur le sujet. Je remercie les députés des groupes qui, par leur soutien, ont permis cette inscription à notre ordre du jour transpartisan. Mes remerciements s'adressent aussi aux citoyens mobilisés, dont j'ai constaté qu'ils étaient nombreux en faisant mon « tour de France » des hôpitaux – j'en ai visité une vingtaine ; à Brest, une pétition a ainsi rassemblé 25 000 signataires. Nous voulons les écouter.

Certains justifient la tarification par la saturation des parkings, mais celle-ci est-elle une raison pour assommer financièrement les usagers ? Lors des auditions, de nombreux professionnels du secteur médical nous ont dit combien il est important d'accompagner un malade ; il nous faut éviter de démoraliser et de déstabiliser celles et ceux qui assurent cet accompagnement.

L'accès aux soins ne doit pas être marchandisé : l'hôpital n'est pas un commerce, mais un service public. Nous souhaitons redéfinir la notion d'accessibilité par une gratuité adaptée : totale pour les patients et les salariés, limitée à deux heures pour les visiteurs. Il s'agit de rassembler les usagers, les représentants du personnel, les directions des hôpitaux, les exploitants privés et publics des parkings et les collectivités territoriales : toutes celles et tous ceux qui contribuent à rendre l'hôpital public attractif.

Proposer une loi sur les parkings peut sembler étrange, mais ils font partie de l'écosystème hospitalier. Toutes mes visites me l'ont confirmé : quand on vient à l'hôpital, on ne doit pas se heurter à une barrière, se sentir freiné ou dissuadé. Des personnes m'ont raconté combien cette situation avait été difficile pour elles alors qu'elles venaient de loin, chaque jour pendant une semaine, voir leur maman en chambre mortuaire.

J'aimerais réussir à convaincre ceux d'entre vous qui sont opposés à cette proposition de loi ; ceux qui estiment qu'elle va trop loin et menace l'équilibre

(1) <https://assnat.fr/OdWs8F>

financier des hôpitaux comme ceux qui considèrent qu'elle ne va pas assez loin et devrait viser la gratuité totale. J'ai essayé de trouver un moyen terme tout en restant fidèle au principe de gratuité.

D'un côté, une personne parcourt 200 kilomètres par jour pour rendre visite à sa maman en soins palliatifs à l'hôpital de Brabois, à Nancy, et paie 300 euros de parking ; ce n'est pas tolérable. De l'autre, certains hôpitaux dégagent un bénéfice net de plus de 600 000 euros, ce qui leur permet d'acheter du matériel médical... sur le dos de ceux qui paient leur stationnement.

Ne nous trompons pas de cible : les usagers du service public hospitalier ne doivent pas être la source d'une manne financière compensant le sous-financement de l'hôpital public. Ils ne sont pas des clients, mais des citoyens, et ils sont indignés ; comme l'a dit l'une des usagères auditionnées, l'accès aux soins ne doit pas commencer par un ticket de parking.

Nous les entendons, et nous devons débattre pour trouver ensemble la meilleure solution pour leur répondre. Je veux écouter vos arguments sans dogmatisme et permettre des convergences entre nos propositions afin que le texte qui arrivera en séance publique en fasse la synthèse, tout en restant fidèle à son objectif principal : rendre leur dignité aux usagers.

La ministre de la santé, Mme Rist, a déclaré qu'à titre personnel, elle considère que ce n'est pas à l'État de s'occuper de ces parkings, mais aux conseils de surveillance des hôpitaux. Toutefois, l'État finance les hôpitaux publics et ne peut s'exonérer de sa responsabilité en ce domaine. Notre action est attendue : il y a plus de 1 300 hôpitaux en France et des millions de personnes sont concernées si l'on tient compte du nombre de visiteurs – qui n'a pas déjà eu un membre de sa famille hospitalisé ?

Le Gouvernement suggère l'élaboration d'une charte ; cette idée est reprise dans plusieurs amendements. Nous n'y sommes pas opposés ; nous allons même faire une proposition en ce sens en vue de la séance. Mais pour qu'une charte soit efficace, une loi est nécessaire. C'est ce que disent les directeurs d'hôpital. Nous devons donc à la fois pousser le Gouvernement à aller au bout de cette démarche et voter la présente proposition de loi. Notre objectif n'est pas de crier victoire, mais d'aboutir à un texte équilibré. La victoire sera acquise lorsque le Sénat aura été convaincu et que le texte sera définitivement voté dans notre hémicycle.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous en venons aux interventions des orateurs des groupes.

M. Thierry Frappé (RN). Engagé en 2012, le stationnement payant dans les hôpitaux publics est devenu habituel ; pour de trop nombreux Français, il représente une double peine. À la maladie, à l'angoisse, à l'urgence s'ajoute maintenant une contrainte financière, parfois insupportable. Un Français sur trois renonce à des soins pour des raisons financières ; nous ne pouvons l'ignorer.

Au Rassemblement national, nous avons été les premiers à signaler cette dérive, bien avant le présent texte. Nous avions proposé une approche claire et de bon sens : l'accès à l'hôpital ne doit jamais être subordonné à la capacité de payer un parking. Personne ne doit faire l'objet de discrimination dans l'accès aux soins, parce que la maladie touche tout le monde et rend captif, parce que les familles n'ont pas le choix, parce que l'hôpital n'est pas un centre commercial.

Des exemples concrets le montrent : des parents ont dû débourser plusieurs milliers d'euros pour accompagner leur enfant hospitalisé. Cette situation est indigne d'un service public de santé et profondément injuste pour les Français modestes, souvent contraints d'utiliser leur véhicule faute de transports en commun adaptés. De trop nombreux patients s'indignent de ces pratiques.

C'est pourquoi nous soutiendrons ce texte, qui va dans le bon sens, tout en défendant des amendements qui ne remettent en cause ni son équilibre ni sa portée, mais visent à l'ancrer dans la réalité : il s'agit d'adapter la durée de gratuité aux situations médicales concrètes, de protéger les familles, d'empêcher que la logique de rentabilité prenne le pas sur l'humain. Le Rassemblement national continuera de défendre un hôpital accessible, humain et libéré des excès de la marchandisation, parce que soigner et accompagner un proche ne doit pas avoir de prix.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Pour la troisième fois, nous examinons un texte portant sur la gratuité des parkings des hôpitaux publics. Cette proposition de loi présente quelques différences par rapport aux deux précédents textes ; mais, si elle comporte des avancées, elle demeure difficilement applicable et particulièrement coûteuse.

L'article 1^{er} tend à faire bénéficier les patients de la gratuité pendant toute la durée de leur prise en charge ; or l'assurance maladie propose déjà le remboursement de ces frais. Quant à la gratuité pour les personnels hospitaliers pendant leur temps de travail, elle est essentielle, mais déjà appliquée par une majorité d'établissements. Si le périmètre de la gratuité est trop large, tous les établissements seront confrontés aux mêmes difficultés : stationnement anarchique et inaccessibilité.

L'article 2 propose d'instaurer un mécanisme compensatoire, sous forme d'une bonification versée par l'État, pour les établissements devant renégocier les conditions tarifaires de stationnement. Mais tel qu'il est rédigé, il ne garantit absolument pas aux établissements que leurs pertes de recettes liées au stationnement seront intégralement compensées. Rappelons que 70 % des recettes issues du stationnement sont directement versées aux établissements, qui bénéficient ainsi de ressources pour réaliser des investissements au profit des patients.

Si l'intention est louable, la généralisation de la gratuité provoquerait un effet d'aubaine au détriment des places de stationnement en ville, qui, elles, demeurent payantes. S'agissant du volet financier, n'oublions pas que l'entretien et

le fonctionnement des parkings ont un coût. Dans un contexte budgétaire contraint, cette proposition de loi aurait un lourd impact sur le budget de l'État.

Une charte des bonnes pratiques destinée à encadrer les pratiques tarifaires des parkings est en cours d'élaboration. La direction générale de l'offre de soins a indiqué l'étudier et a annoncé la préparation d'une convention nationale visant à assurer un encadrement et une harmonisation des tarifs – qui semble plus adaptée. Il faut laisser aux acteurs le temps de s'entendre sur des pratiques acceptables par tous.

Pour toutes ces raisons, le groupe Ensemble pour la République ne soutiendra pas ce texte.

Mme Sandrine Nosbé (LFI-NFP). La gratuité n'est pas un luxe, c'est un choix de société : 94 % des Français réclament la gratuité totale des parkings des hôpitaux publics. En mars 2019 déjà, en Isère, les gilets jaunes de l'agglomération grenobloise avaient dénoncé les tarifs prohibitifs du parking du centre hospitalier universitaire (CHU) de Grenoble : 19 euros la journée. Depuis, rien n'a changé, ni en Isère ni ailleurs, et les parkings des trois quarts des hôpitaux publics sont toujours payants – et sont de plus en plus chers.

Pourtant, comme vous l'indiquez dans l'exposé des motifs, nous devons garantir un accès universel et équitable à la santé. Pour cela, nous avons cotisé pour construire nos hôpitaux et continuons de le faire. Ce texte, en proposant une gratuité partielle – deux heures gratuites pour les visiteurs et un plafonnement du tarif à 15 euros par jour –, passe à côté de cet aspect. Il s'accorde avec les logiques capitalistes des gestionnaires privés, qui gangrènent l'accès à nos services publics ; il ne répond que partiellement aux attentes populaires et ne remet aucunement en cause le fait que les opérateurs privés se font de l'argent sur la maladie.

Les visiteurs devront établir des stratagèmes pour éviter de payer : sortir du parking et y revenir, se garer plus loin pour éviter de payer ou, pire, renoncer à rendre visite à un proche hospitalisé et opter pour un appel téléphonique, qui ne remplacera jamais une visite – ô combien essentielle dans la phase de guérison, notamment.

Votre compromis avec cette logique capitaliste pour préserver les intérêts de quelques-uns est un renoncement à notre système de sécurité sociale. C'est pourquoi nous défendrons un amendement instituant, au lieu d'un système compliqué qui laisse les gens sur le carreau, la gratuité totale des parkings des hôpitaux publics y compris pour les visiteurs.

En fin d'année dernière, notre proposition de loi visant à assurer la gratuité totale des parkings pour tous avait été adoptée en commission. Nous ne nous opposerons pas à ce texte insuffisant et dont les garanties sociales sont minimales ; nous nous abstiendrons, parce que nous nous opposerons toujours à ce libéralisme paré d'un vernis social.

Mme Sandrine Runel (SOC). Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), nous nous sommes opposés à la hausse du ticket modérateur et aux dépassements d'honoraires, et nous avons cherché à assurer l'accès à la santé de tous les ménages, quels que soient leurs revenus. Nous souhaitons ainsi préserver l'esprit même de la sécurité sociale de 1945. Rendre les parkings des hôpitaux publics gratuits vise le même objectif : lever tous les freins financiers à l'accès aux soins et garantir son universalité.

Depuis quelques années, la tendance consistant à rendre les parkings hospitaliers payants s'est accélérée, notamment par le biais du développement des délégations de service public (DSP). Les frais de parking peuvent atteindre des dizaines d'euros par jour – jusqu'à 50 euros. C'est un frein et une difficulté de plus et de trop. Imaginez-vous la note que cela représente pour une personne atteinte d'une maladie chronique qui doit se rendre à l'hôpital quotidiennement. Si nous n'enrayons pas cette dynamique, seuls ceux qui en auront les moyens continueront de se faire soigner et de rendre visite aux patients hospitalisés.

Cette proposition de loi vise à rendre gratuit le stationnement pour les patients tout au long de leur passage à l'hôpital, pour le personnel hospitalier pendant les heures de service et pour les visiteurs de courte durée. Dans un désert médical, dans une zone dénuée de transports en commun, il est impossible de se rendre à l'hôpital autrement qu'en voiture ; l'accès à l'hôpital ne doit donc pas être conditionné à un péage.

Afin de protéger le droit à la santé plutôt que la recherche du profit, et d'assurer un égal accès aux soins et à l'accompagnement dans la maladie, nous souhaitons que ce texte suscite une large adhésion et nous le soutiendrons. Je salue le travail de mon collègue Stéphane Hablot, qui tient compte des réalités du terrain et se fait le porte-parole de nombreux patients ayant des difficultés à accéder aux hôpitaux.

M. Thibault Bazin (DR). Lors des auditions, j'ai été marqué par le témoignage d'un usager de l'hôpital Nancy - Brabois, proche de ma circonscription et de la vôtre, monsieur le rapporteur. Quand on accompagne sa mère en phase terminale d'un cancer, devoir régler chaque mois une lourde facture de stationnement s'ajoute à la souffrance. Est-il acceptable qu'une pression financière dissuade d'être auprès d'elle les proches d'une personne en fin de vie ou connaissant une autre situation douloureuse ? Nous devons répondre à cette question, pour tous ceux qui, chaque jour, vivent cette réalité.

La relation humaine est au cœur du soin, mais comment la préserver sans aggraver les difficultés budgétaires et organisationnelles des hôpitaux ?

Durant l'automne, dans le cadre des journées de niche des groupes RN et LFI, deux propositions de loi portant sur le même sujet nous ont été soumises. Nous souscrivions à leur intention, mais pas à leur méthode. Promouvoir la gratuité totale, c'est ignorer qu'elle fait perdre des recettes essentielles à des établissements déjà en

grande difficulté financière. Quant à la gestion déléguée des parkings, elle répond parfois à des problèmes concrets – saturation, voitures ventouses, organisation des flux. À l'hôpital de Nancy-Vandœuvre, il y a 4 millions de passages par an. Les réalités locales – emplacement, desserte, public accueilli – sont trop diverses, les spécificités trop marquées pour que la solution puisse être uniforme.

La proposition de loi de notre collègue lorrain Stéphane Hablot nous semble beaucoup plus équilibrée. Elle tient compte de ces externalités, notamment par un mécanisme d'aide financière qui évitera de pénaliser ceux qui ne font que couvrir leurs coûts. Afin de l'améliorer, je défendrai des amendements dont le sens est d'inscrire dans la loi des principes clairs tout en laissant aux acteurs locaux le soin de fixer les tarifs – peut-être en respectant une charte nationale, une idée que je reprends à notre collègue Yannick Neuder. Ces modifications me semblent de nature à rendre le dispositif plus pérenne, car plus consensuel et opérationnel.

Mon groupe votera en faveur de la proposition de loi ainsi améliorée, convaincu qu'il est urgent d'agir pour la santé des malades, mais aussi parce que, chaque jour, des hôpitaux signent de nouvelles DSP.

M. Hendrik Davi (EcoS). Pour se rendre à l'hôpital, on ne devrait jamais commencer par payer un péage. Pourtant, dans de nombreuses villes, le stationnement dans les parkings des hôpitaux publics est devenu payant. Cette tendance s'est accélérée avec la multiplication des délégations de service public, qui se sont accompagnées d'augmentations tarifaires. Le stationnement représente parfois plusieurs dizaines d'euros par jour et des centaines par mois, à la charge des patients.

Pour les familles déjà éprouvées, pour des patientes et des patients qui reviennent régulièrement, pour des proches qui restent au chevet d'un parent, c'est une charge supplémentaire totalement injuste. Si les parkings sont payants, c'est parce que l'hôpital public est sous-financé ; cela ne va pas s'arranger compte tenu des négociations en cours.

Les directions font des choix contraints en privilégiant le soin. Nous le comprenons, mais, finalement, ce sont les malades et leurs familles qui paient. Le rapporteur l'a rappelé, l'hôpital n'est pas un centre commercial : on ne choisit pas d'être hospitalisé par convenience, on ne consomme pas un service ; on subit une maladie, un accident ou une urgence. Dans un contexte où nos concitoyens comptent chaque euro pour payer le loyer, le chauffage ou juste se nourrir correctement, ces coûts de stationnement sont un obstacle de plus à l'accès aux soins. Des témoignages ont fait état de consultations reportées ou de visites moins fréquentes à un proche hospitalisé, simplement pour limiter la facture.

Personne n'ignore les contraintes : garantir la rotation des stationnements, assurer la sécurité ou favoriser les transports en commun ; ce sont nos objectifs et des solutions existent. En réalité, rien ne justifie ni les tarifs prohibitifs ni les profits engrangés sur le dos des malades et de leurs proches. Quant au remboursement des frais de stationnement par l'assurance maladie, il est trop complexe et trop méconnu pour résoudre le problème.

Cette proposition de loi apporte une réponse pragmatique en posant le principe de la gratuité du stationnement pour les patients, pour les visiteurs de courte durée et pour les personnels. Elle prévoit un plafonnement pour les usagers de longue durée et un financement pour que cette gratuité ne soit pas à la charge des établissements. Elle va donc dans le bon sens, même si nous défendrons des amendements, visant notamment à garantir la concertation avec les acteurs locaux et syndicaux et à exiger la transparence dans la gestion des parkings. Si nous voulons un hôpital public accessible, nous devons cesser de faire payer pour y accéder, ne serait-ce que physiquement.

M. Nicolas Turquois (Dem). Cela a été dit, il s'agit de la troisième proposition de loi sur ce sujet. Toutes partent de bonnes intentions et visent à résoudre des difficultés réelles, mais elles ne reposent sur aucun financement solide et entraîneraient de nouvelles dépenses publiques.

Leur adoption provoquerait non seulement la fin des contrats de concession, mais aussi le non-renouvellement des investissements, si bien que, dans quelques années, ce sont les problèmes d'entretien des parkings qui seront évoqués dans notre commission – sans parler des effets d'aubaine qu'entraînerait la présence de parkings gratuits, en particulier en centre-ville.

En la matière, le groupe Les Démocrates est favorable à l'autonomie des établissements et des territoires. Ainsi, de nombreux établissements, en lien avec les représentants du personnel et les comités d'usagers, ont trouvé des solutions permettant au personnel de se garer gratuitement et aux patients atteints de maladies chroniques d'accéder à des créneaux de stationnement gratuit.

C'est pourquoi nous sommes opposés à cette proposition de loi.

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). Le groupe Horizons & Indépendants souscrit à l'objectif de cette proposition de loi : garantir l'accessibilité des hôpitaux publics et éviter que le stationnement constitue un reste à charge pesant sur les patients, leurs proches et les soignants. Il n'est pas acceptable que des familles, notamment les plus modestes, renoncent à des consultations ou espacent leurs visites à un proche hospitalisé en raison du coût du stationnement. Nous avons également conscience du fait que la gratuité apparente pour l'usager correspond à un coût pour la collectivité, mais ce coût nous semble nécessaire.

Notre groupe émet toutefois des réserves sur le mécanisme de bonus-malus prévu par le texte, dont ni les montants ni les modalités de calcul ne sont précisés, et dont l'essentiel de l'application est renvoyée au pouvoir réglementaire. Il nous semble en effet essentiel de prendre en compte la diversité des situations locales. Chaque établissement hospitalier présente des contraintes spécifiques et une application uniforme pourrait se révéler inadaptée. C'est pourquoi il nous semble important de préciser que les hôpitaux ne disposant pas de parkings ne seraient pas concernés par ce dispositif.

La proposition de deux heures de gratuité constitue un compromis intéressant et équilibré, permettant de garantir un temps de visite raisonnable pour les proches. Toutefois, il est indispensable de prévenir les phénomènes de voitures ventouses qui risqueraient de limiter l'accès aux parkings pour les usagers et les personnels hospitaliers.

Enfin, notre groupe partage pleinement la volonté des auteurs du texte de garantir la gratuité du stationnement pour les personnels hospitaliers pendant leurs heures de travail, bien que près de 98 % des hôpitaux publics l'aient déjà instaurée.

Notre groupe votera cette proposition de loi, en veillant à ce qu'elle n'impose pas de contraintes inutiles aux établissements hospitaliers et qu'elle garantisse à l'ensemble des usagers et des personnels un accès effectif aux parkings.

Mme Karine Lebon (GDR). Subordonner le soutien aux personnes malades et à ceux qui en prennent soin au paiement d'un droit de visite pour les uns et d'un droit d'aller travailler pour les autres, c'est pousser le cynisme à son plus haut niveau. C'est pourtant la pente empruntée ces dernières années, avec la généralisation des parkings payants dans de trop nombreux hôpitaux publics.

Soyons lucides, les établissements ne l'ont pas fait par confort, mais par nécessité : quand on étrangle l'hôpital, il finit par chercher des recettes là où il peut. Sauf que, dans ce cas de figure, la facture est pour les familles, les proches, les aidants, les personnels soignants et non soignants, celles et ceux qui viennent rassurer, accompagner, tenir une main, apporter des affaires et un peu de dignité. On ne devrait jamais devoir choisir entre être présent et pouvoir payer.

Les coups de rabot successifs ont déjà trop affaibli nos services, nos équipes, nos capacités d'accueil, et le PLFSS qui vient d'être adopté n'améliorera en rien la situation d'un hôpital déjà en crise financière.

Quelle que soit la formule retenue, le principe de gratuité doit s'appliquer, et vite ! Mais donner deux ans aux établissements pour se mettre en conformité avec leurs obligations et plafonner à deux heures la gratuité pour les visiteurs, c'est assez éloigné de ce qu'énonce le titre de la proposition de loi. En outre, l'article 2 nous laisse perplexes : l'accès des personnels non soignants n'est pas pris en compte dans les critères d'attribution de la bonification, parmi lesquels sont mis sur le même plan le maintien de la gratuité existante et la garantie de deux heures quotidiennes de gratuité pour les visiteurs. Il aurait été plus logique de dire que seul le strict respect des modalités de gratuité définies à l'article 1^{er} ouvrira droit à la bonification. Voire, en étant plus ambitieux, d'accorder celle-ci à tout établissement allant plus loin que cette gratuité ciblée et plafonnée.

On n'applique pas un compte à rebours au soutien aux personnes malades : une chimiothérapie, une réanimation, une fin de vie ne se calent pas sur un horodateur. La proposition de loi que nous avons examinée en novembre, dans le cadre de la niche du groupe LFI, correspondait davantage à l'exigence de solidarité et d'universalité qui fonde notre système de soins. Nous entendons les contraintes

relatives aux finances publiques et au budget de la sécurité sociale, mais la vraie question est politique : veut-on d'un hôpital public durablement financé ou d'un hôpital qui compense ses difficultés par l'installation de péages ?

Malgré ses réserves, le groupe GDR votera cette proposition de loi en escomptant bien, à l'automne prochain, des choix budgétaires enfin différents qui garantissent la pérennité et la qualité de l'hôpital public.

M. le rapporteur. Nous tiendrons compte de l'ensemble de ce qui a été dit lorsque nous examinerons les amendements.

Madame Dubré-Chirat, les frais de stationnement des salariés ne sont pas pris en charge partout : à Rouen, par exemple, les salariés paient le parking.

Vous avez évoqué le risque que le stationnement devienne anarchique s'il était rendu gratuit pendant deux heures, mais à l'hôpital de Dunkerque, qui applique cette mesure, une barrière dissuade d'entrer ceux qui ne viennent pas à l'hôpital et voudraient profiter de son parking. L'hôpital de Mont-de-Marsan applique également cette mesure sans rencontrer aucun problème de stationnement anarchique. À Poitiers, le stationnement sur le parking de l'hôpital est gratuit pendant deux heures ; ça fonctionne et ça rapporte de l'argent.

Nous sommes là pour débattre, mais parlons de faits réels ; je me suis rendu sur place pour constater ce que je vous rapporte aujourd'hui.

Monsieur Turquois, les chartes sont rarement appliquées. Les conseils de surveillance proposent déjà des tarifs spécifiques, mais j'ai constaté par moi-même que des parkings d'hôpitaux publics appliquent un tarif de 3,40 euros pour un quart d'heure ; résultat, les gens se garent dans les rues avoisinantes : ça, c'est le bordel ! Afin d'éviter une telle situation, j'avais demandé au directeur de l'hôpital de la ville de 30 000 habitants dont j'étais maire, le cinquième plus grand du pays, de proposer au minimum deux heures de stationnement gratuit – il n'avait prévu qu'une demi-heure – et cela a permis de régler les problèmes. Il dit, comme d'autres directeurs d'hôpital, qu'une loi est nécessaire parce qu'une charte ne suffit pas, ce n'est qu'une déclaration de bonnes intentions.

Madame Nosbé, je suis d'accord avec vous : l'hôpital ne doit pas subir de marchandisation. Vous parlez des logiques capitalistes qui y sont à l'œuvre. Beaucoup de sociétés exploitant les parkings ont abusé – pas toutes, et il ne s'agit pas de montrer ces sociétés du doigt. Un établissement public qui investit doit toujours faire appel à des entreprises privées ; ce qui compte, c'est qu'il garde le contrôle du cahier des charges. Beaucoup d'hôpitaux nous demandent cette loi parce que les contrats d'exploitation des parkings ne tiennent pas la route mais qu'ils ne peuvent pas les renégocier ni les résilier, en raison du montant trop élevé des indemnisations. Ils savent qu'avec ce texte, les choses vont changer au nom de l'intérêt général. Le but est qu'ils puissent les renégocier pour reprendre en main le cahier des charges et contrôler la tarification. J'ai cité l'exemple de Poitiers, qui montre que ça peut fonctionner.

Je répète que l'idée d'une charte est intéressante et que je la proposerai lors de l'examen du texte en séance publique, mais que pour qu'elle ait un sens, la charte doit être encadrée par une loi. La charte pourra établir les tarifs correspondant à chaque usager, mais c'est la loi qui énonce l'intérêt général.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous en venons aux interventions des autres députés.

Mme Annie Vidal (EPR). Monsieur le rapporteur, vous avez évoqué le CHU de Rouen, dans lequel j'ai travaillé trente-sept ans. Je regrette que vous n'ayez pas auditionné ses équipes logistiques et de direction chargées de la gestion des parkings. Cet hôpital dispose d'un parking extérieur gratuit, auquel tous les professionnels ont accès, ainsi que d'un parking aérien payant, géré par une société privée et construit prioritairement pour les patients et les familles ; parce qu'il est plus proche de l'hôpital, les professionnels y ont accès à un tarif préférentiel grâce à une prise en charge financière de l'établissement.

Article 1^{er} : Gratuité du stationnement dans les hôpitaux publics pour les patients, les visiteurs de courte durée et les personnels

Amendement AS32 de M. Stéphane Hablot

M. le rapporteur. Prenant en compte les échanges que nous avons eus lors des auditions, cet amendement précise que seuls sont concernés les hôpitaux publics qui disposent d'un parc de stationnement. Il s'agit de prévenir toute interprétation extensive : des usagers seraient, sinon, susceptibles de demander aux établissements le remboursement de leurs frais de stationnement sur des parkings extérieurs. Je proposerai à Mme Colin-Oesterlé de retirer son amendement AS15, dont l'objectif est similaire.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, les amendements AS9 de M. Pierre-Yves Cadalen et AS26 de M. Thibault Bazin tombent.

Amendement AS28 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin (DR). Il s'agit de substituer au mot « assurent » les mots « visent à assurer ».

M. le rapporteur. Je vous remercie, monsieur Bazin, pour votre soutien à la proposition de loi, que vous avez cosignée. Je vous demanderai toutefois de bien vouloir retirer votre amendement, qui nuit à l'ambition du texte : en renonçant à assurer la gratuité, même partielle, nous dénaturerions son esprit et décevrons nos concitoyens. Notre objectif n'est pas de forcer les établissements à résilier leurs contrats, ce qui entraînerait 400 millions d'euros d'indemnités, mais de trouver une voie d'équilibre ; or la rédaction que je vous propose de l'article 1^{er} est la seule qui puisse faire consensus dans cette commission. Il importe d'éviter tout effet économique disproportionné pour les hôpitaux publics et les opérateurs privés, nous en sommes bien conscients : j'ai déposé un amendement en ce sens.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'amendement rédactionnel AS31 de M. Stéphane Hablot.

Amendement AS33 de M. Stéphane Hablot

M. le rapporteur. Cet amendement reprend plusieurs propositions formulées par les membres de la commission des affaires sociales dont certaines, non gagées, ont été déclarées irrecevables au titre de l'article 40. Il a pour but d'étendre la gratuité totale aux proches aidants – idée de M. Colombani –, aux représentants légaux des patients mineurs ou aux titulaires de l'autorité parentale – suggestion de MM. Frappé et Bazin – ainsi qu'aux personnes qui se substituent au transport sanitaire pris en charge par l'assurance maladie – préconisation de Mme Hamelet. Il ne s'agit pas de dresser dans la loi une liste exhaustive des catégories d'usagers ayant droit à la gratuité totale : les conseils de surveillance auront la possibilité d'apporter des compléments dans le cadre de la charte que nous proposerons en séance.

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Comment sera prise en compte la qualité de proche aidant dans la mesure où aucun statut ne lui est attaché ?

M. le rapporteur. Nous nous référons à l'article L. 113-1-3 du code de l'action sociale et des familles, qui définit la notion de proche aidant.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS8 de Mme Marine Hamelet

Mme Marine Hamelet (RN). Il s'agit d'étendre la gratuité aux accompagnants, notamment pour les soins qui appellent une présence quotidienne auprès des personnes malades, comme la radiothérapie ou la chimiothérapie.

M. le rapporteur. Les termes « visiteurs » et « accompagnants » peuvent être considérés comme synonymes – si votre amendement a été déclaré recevable, c'est d'ailleurs bien parce qu'il n'élargissait pas le champ des bénéficiaires. Pour éviter toute confusion, je vous demande de le retirer : restons-en à la notion de visiteurs.

L'amendement est retiré.

Amendement AS35 de M. Stéphane Hablot

M. le rapporteur. Cet amendement précise le champ d'application de l'article 1^{er} : les visiteurs des patients hospitalisés bénéficieront d'« au moins » deux heures de stationnement gratuit par jour. Les hôpitaux qui proposent une gratuité totale pour les visiteurs n'auront ainsi pas à limiter son bénéfice à deux heures seulement.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS34 de M. Stéphane Hablot

Amendement AS36 de M. Stéphane Hablot

M. le rapporteur. Il s'agit de préciser que la gratuité pour les personnels s'applique « sur les emplacements qui leur sont consacrés ». Il est évidemment inadmissible que cette catégorie d'usagers doive payer pour venir travailler, mais il ne faudrait pas aller à l'encontre des efforts des directions pour les inciter à recourir aux mobilités douces, ni que leurs véhicules saturent les parkings des établissements. Cet amendement d'équilibre va dans le sens de ce que plusieurs établissements font déjà en attribuant des espaces de stationnement au personnel pour gérer et rationaliser les flux.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS2 de M. Thierry Frappé

M. Thierry Frappé (RN). Les personnels hospitaliers assurent chaque jour une mission essentielle au service de la nation. Leur garantir l'accès gratuit au stationnement est une mesure de reconnaissance légitime. Cet amendement vise à sécuriser l'application de ce principe en prévoyant un décret afin d'éviter les dérives de gestion et les inégalités de traitement, tout en garantissant une organisation efficace et respectueuse du travail de ces soignants.

M. le rapporteur. Je rappelle que je déposerai en vue de la séance publique un amendement confiant au pouvoir réglementaire le soin de préciser les modalités d'application du texte dans le cadre d'une charte. C'est ce que souhaitent différents membres de la commission et ce que demande le Gouvernement. Cela devrait vous satisfaire.

Demande de retrait.

M. Yannick Neuder (DR). C'est l'année dernière, lors d'une séance de questions au Gouvernement, qu'a été évoquée l'indignation que suscitent les parkings payants des hôpitaux. Nous pouvons tous la comprendre : la présence de la famille est fondamentale, particulièrement dans certains types de prise en charge – pensons à la réanimation, en particulier néonatale, ou aux soins palliatifs.

Toutefois, il importe de ne pas mettre en difficulté la direction des établissements, ni les maires et les présidents d'intercommunalité, qui doivent faire face à des enjeux d'aménagement du territoire. Les hôpitaux sont souvent situés à proximité d'un hub de connexion entre des réseaux de transports publics et leurs espaces de stationnement peuvent jouer le rôle de parkings relais. Mais il ne faudrait pas que les places y soient occupées par des personnes qui n'ont pas besoin d'accéder à l'hôpital.

Les personnels doivent naturellement bénéficier prioritairement de la gratuité et les modalités d'accès des accompagnants restent à définir, mais ce serait une grave erreur de ne pas laisser la main aux établissements – vous venez d'ailleurs d'y faire allusion, monsieur le rapporteur. L'état de nos finances publiques ne permet pas de compenser la perte de recettes entraînée par la gratuité. Au sein des diverses instances de gouvernance, notamment les commissions médicales d'établissement, représentants des personnels, syndicats et directions générales sauront agir avec tact et discernement pour déterminer les meilleures modalités d'accès aux parkings.

M. le rapporteur. L'amendement que je déposerai en vue de la séance concernera non seulement les personnels, comme l'amendement de M. Frappé, mais aussi les patients et les visiteurs.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS3 de M. Thierry Frappé

M. Thierry Frappé (RN). Trop souvent, la logique de rentabilité imposée par des gestionnaires privés ou des montages complexes fait peser une charge injuste sur les patients et leurs proches. Cet amendement affirme un principe clair : l'accès à l'hôpital ne doit jamais dépendre de la capacité à payer, en particulier pour les Français les plus modestes et ceux qui vivent dans des territoires mal desservis par les transports.

M. le rapporteur. Que l'accès à l'hôpital ne dépende jamais de la capacité à payer pour cela, c'est précisément l'objectif de la proposition de loi. Par ailleurs, je crains que votre amendement ne sème la confusion en évoquant tarification applicable aux visiteurs et accès aux soins des patients. Enfin, le principe que vous énoncez pourra figurer dans la charte.

Demande de retrait.

L'amendement est retiré.

Amendement AS19 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). Cet amendement vise à préserver une marge d'appréciation locale permettant aux établissements publics de santé d'adapter leur politique de stationnement aux besoins spécifiques de certains publics, en concertation avec les usagers. Il prévoit la possibilité pour les hôpitaux d'instaurer la gratuité au-delà du seuil des deux heures.

M. le rapporteur. Cet amendement est satisfait par l'adoption de l'amendement AS35.

L'amendement est retiré.

Amendement AS15 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). Nous entendons préciser que les dispositions ne s'appliquent qu'aux hôpitaux disposant déjà d'aires de stationnement.

M. le rapporteur. Je vous renvoie à l'amendement AS32, déjà adopté.

L'amendement est retiré.

Amendement AS18 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). Il s'agit d'exclure du champ de l'article 1^{er} les établissements ayant déjà mis en place la gratuité totale pour le stationnement.

M. le rapporteur. Je vous demanderai de retirer votre amendement pour les mêmes raisons que précédemment.

L'amendement est retiré.

Amendement AS20 de M. Hendrik Davi

M. Hendrik Davi (EcoS). Cet amendement précise que les modalités d'application des dispositions de l'article 1^{er} doivent intégrer une consultation obligatoire des acteurs territoriaux compétents en matière d'accès et de mobilité. La gestion des flux, donc l'accès et le stationnement, ne relève pas de la seule décision de l'établissement public de santé, dont les compétences se limitent à la maîtrise d'ouvrage sur les infrastructures internes. Il importe de consulter les intercommunalités et les autorités organisatrices de la mobilité, responsables de la voirie et des accès routiers.

M. le rapporteur. Il importe en effet de discuter de ces questions au sein des conseils de surveillance, en prenant appui sur la charte qui intégrera les relations avec les collectivités territoriales. Les visites que j'ai faites à Pau ou à Nantes m'ont montré tout l'intérêt de créer une synergie autour des transports en commun et des mobilités douces. L'hôpital ne peut pas être pensé à part, il s'intègre dans la ville et donc dans ses flux.

Je vous propose de retirer votre amendement pour que nous travaillions ensemble à une autre formulation en vue de la discussion en séance, pendant laquelle nous déterminerons ce qui figurera dans la charte.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 1^{er} modifié.

Après l'article 1^{er}

Amendement AS16 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). Dans le but de lutter contre le stationnement de voitures ventouses, cet amendement prévoit la mise en place d'une procédure de vérification de l'éligibilité à la gratuité, tout en laissant aux établissements la liberté de choisir le dispositif le plus adapté à leur organisation – validation de tickets, délivrance d'un justificatif, par exemple. Un décret viendrait encadrer les modalités pratiques, notamment afin de garantir la proportionnalité des contrôles et le respect des règles relatives à la protection des données personnelles.

M. le rapporteur. Il faut en effet éviter les voitures ventouses. L'hôpital de Pau, où le stationnement est gratuit, a été confronté à une saturation de ses aires de stationnement – le maire a renoncé à les rendre payantes compte tenu du coût de l'installation d'un parking en silo. Plus de trois quarts des hôpitaux ont mis en place des barrières équipées de dispositifs identifiant les personnes autorisées à stationner – l'ère numérique ne produit pas que des machines diaboliques.

Nous n'imposerons aucune procédure dans la loi, mais la charte pourra définir les modalités selon lesquelles les conseils de surveillance des établissements seront amenés à prendre des décisions en matière de contrôle.

Je m'en remettrai à la sagesse de la commission.

M. Yannick Neuder (DR). Monsieur Davi, j'approuve l'esprit de l'amendement que vous avez précédemment défendu : une concertation entre hôpitaux et collectivités, qui déterminent les plans de déplacements urbains, est en effet fondamentale en matière de mobilités. Cela renvoie à l'aménagement du territoire et aux politiques de la ville de demain. De nombreux établissements, comme le CHU de Grenoble, incitent leurs personnels à utiliser les transports en commun en finançant jusqu'à la moitié des abonnements. Reste que le coût du stationnement ne doit pas être une entrave à l'accès aux soins et à l'accompagnement des patients. Je suis d'accord sur ce point avec M. Frappé.

M. Thibault Bazin (DR). Si nous voulons avancer en matière de gratuité des parkings d'hôpitaux, il nous faut traiter le problème des voitures ventouses qui, souvent, les envahissent quand le stationnement n'est pas payant. Priorité doit être donnée aux malades, aux soignants et aux proches. Dans un esprit constructif, Nathalie Colin-Oesterlé propose que les établissements « mettent en œuvre » une procédure de contrôle. Il me semble qu'il serait préférable de dire qu'ils le « peuvent », car il faut adapter la démarche aux réalités locales, notamment parce que les terrains utilisés n'appartiennent pas toujours au domaine public.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Évitons de favoriser le recours à la voiture individuelle, ce serait aller à contre-courant des incitations aux mobilités douces. Les usagers se rendent aussi dans les établissements en utilisant les transports sanitaires, les transports en commun ou le covoiturage.

M. le rapporteur. Bien évidemment, nous ne comptons pas encourager l'usage de la voiture, mais il n'y a parfois pas d'autre solution. Lors de ma visite à l'hôpital de Clermont-Ferrand, un monsieur me disait que même si l'établissement était desservi par les transports en commun, il ne pouvait pas non plus porter sa mère sur le dos tout le long du trajet. Tout ce qui concerne les mobilités pourra être inscrit dans la charte définissant un code de bonne conduite que promeut le Gouvernement. Ensuite, il reviendra aux conseils de surveillance de déterminer avec les collectivités territoriales une politique locale tenant compte des spécificités de chaque établissement. Nous déposerons un amendement en ce sens.

M. Nicolas Turquois (Dem). Vous avez visité un grand nombre d'établissements, monsieur le rapporteur, ce qui est tout à votre honneur. Cette diversité des situations appelle une adaptation à chaque réalité territoriale, à travers une concertation entre hôpitaux et collectivités. Il est vain d'appliquer une organisation uniforme à tous les hôpitaux. De manière générale, il est bon de laisser plus d'autonomie aux acteurs.

M. le rapporteur. Nous sommes au cœur du problème : la charte ne pourra fonctionner que si une orientation générale est fixée dans la loi, mais la loi ne doit pas s'appliquer de manière abrupte et verticale en bridant la charte.

La commission rejette l'amendement.

Article 2 : Mécanisme compensatoire pour les établissements devant se conformer au principe de gratuité

Amendement AS37 de M. Stéphane Hablot

M. le rapporteur. Cet amendement propose une nouvelle rédaction de l'article 2, plus claire et plus concise, qui tient aussi compte des propositions qui m'ont été faites.

Le dispositif de mécanisme compensatoire n'est plus intégré dans le code de la sécurité sociale : cette codification n'était pas nécessaire puisque les dispositions de cet article sont essentiellement transitoires. Il est précisé que le financement complémentaire ne bénéficie qu'aux établissements pour lesquels la mise en conformité à la loi entraîne une charge ou une perte de recettes.

Par ailleurs, il est indiqué que tous ces établissements, quel que soit le mode de gestion de leur parking, bénéficieront, à compter de la promulgation de la présente loi, d'une période dérogatoire de deux ans au terme de laquelle des pénalités seront appliquées – ils disposeront, rappelons-le, de six mois pour renégocier les conditions tarifaires.

Retenant les propositions de M. Bazin dans son amendement AS25, j'ai souhaité préciser qu'en l'absence de conformité à la loi, le financement serait réduit de manière graduée et proportionnée selon la gravité des manquements.

Enfin, j'ai supprimé les alinéas 3 à 6, qui m'ont paru redondants.

La commission adopte l'amendement et l'article 2 est ainsi rédigé.

En conséquence, les amendements AS11 de M. Pierre-Yves Cadalen et AS25 de M. Thibault Bazin tombent.

Article 3 : Rapport d'évaluation et transparence dans la gestion des infrastructures de stationnement

Amendement AS12 de Mme Sandrine Nosbé

Mme Sandrine Nosbé (LFI-NFP). Notre groupe souhaite qu'un rapport évaluant le coût réel qu'aurait la gratuité totale des parkings des hôpitaux publics soit remis au Parlement. Nous considérons en effet qu'en réservant la gratuité à certaines personnes, la proposition de loi ne va pas assez loin.

Nous avons beaucoup entendu l'argument selon lequel la gratuité totale créerait des difficultés financières pour les établissements publics de santé. Mais jamais le PLFSS n'a été mis en question, alors que c'est lui qui est à l'origine de ces difficultés et qui mène à la dérive actuelle, celle d'une privatisation des hôpitaux.

M. le rapporteur. Cet amendement de réécriture ferait tomber les deux amendements que j'ai déposés sur cet article. De surcroît, en mentionnant un plan d'internalisation de la gestion du stationnement ainsi qu'une interdiction de délégation de ce service, il s'immisce dans la gestion des établissements, qui sont autonomes, et déroge aux règles prévues par le code de la commande publique.

Avis défavorable.

La commission adopte l'amendement et l'article 3 est ainsi rédigé.

En conséquence, les amendements AS38 de M. Stéphane Hablot, AS4 de M. Thierry Frappé, AS39 de M. Stéphane Hablot et AS21 de M. Hendrik Davi tombent.

Après l'article 3

Amendement AS23 de M. Hendrik Davi

M. Hendrik Davi (EcoS). Nous souhaitons disposer d'une étude rétrospective relative aux politiques immobilières hospitalières menées pendant les vingt dernières années, s'agissant notamment du stationnement payant et de sa délégation à des opérateurs privés. Confrontés à des contraintes financières, les hôpitaux ont multiplié ces délégations de service public depuis les années 2000. Les hôpitaux publics ayant besoin d'argent, on se réjouit que les recettes des parkings abondent en partie leurs budgets, mais cela n'est pas normal. Ce n'est ni aux patients ni à leurs visiteurs de payer l'hôpital public.

M. le rapporteur. L'amendement que nous venons d'adopter va dans le même sens et il ne sert à rien de multiplier les demandes de rapport : avis défavorable.

M. Hendrik Davi (EcoS). Le rapport prévu par l'amendement qui vient d'être adopté demande-t-il une analyse du coût de la gratuité ?

M. le rapporteur. J'avais déposé des amendements reprenant en partie vos propositions, mais l'adoption de celui de LFI les a fait tomber. Je vous invite à retravailler les vôtres et à les redéposer en vue de l'examen du texte en séance.

M. Hendrik Davi (EcoS). Le rapport que je demande ne correspond pas exactement à celui demandé par le groupe LFI ; il est plutôt complémentaire.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS22 de M. Hendrik Davi

M. Hendrik Davi (EcoS). Nous souhaitons avoir une vision claire des enjeux financiers relatifs aux parkings hospitaliers, notamment lorsqu'ils sont gérés par des opérateurs privés lucratifs. Dans toutes les délégations de service public, les grands groupes font en effet des profits ; nous souhaitons pouvoir comparer le coût de ces délégations selon les hôpitaux.

M. le rapporteur. Avis défavorable, car l'article 3, dans la version que nous proposerons en séance, répond à cette demande de transparence.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS13 de M. Pierre-Yves Cadalen

M. le président Frédéric Valletoux. Il me semble que cet amendement est similaire à celui que nous avons adopté précédemment.

L'amendement est retiré.

Article 4 : Gage financier

La commission adopte l'article 4 non modifié.

Puis elle adopte l'ensemble de la proposition de loi modifiée.

M. le rapporteur. Je vous remercie. Nous nous efforcerons de tenir compte de vos différentes interventions pour arriver dans l'hémicycle avec une proposition consensuelle et, surtout, pour répondre à l'attente de millions de Français

*
* * *

*En conséquence, la commission des affaires sociales demande à l'Assemblée nationale d'**adopter** la présente proposition de loi dans le texte figurant dans le document annexé au présent rapport.*

– *Texte adopté par la commission :* <https://assnat.fr/3hPGjX>

– *Texte comparatif :* <https://assnat.fr/xuuVa8>

ANNEXE N° 1
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LE RAPPORTEUR

(par ordre chronologique)

➤ **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)** – **Mme Julie Pougheon**, cheffe de service et adjointe à la directrice générale, et **Mme Anne Hegoburu**, sous-directrice de la prise en charge hospitalière et des parcours ville-hôpital

➤ *Table ronde :*

– **Mme Mauricette Fève**, membre des Gilets jaunes

– **M. Pierre Goin**, animateur Gilets jaunes actions nationales

– **Mme Sonia Jabri**, aidante familiale

– **M. Franck Doveze**, usager, et **M. Pascal Girardot**, membre des Gilets jaunes Nancy Porte Sud

– **M. Aderito Neves Pires**, usager

➤ *Table ronde :*

– **Fédération hospitalière de France (FHF)*** – **Mme Cécile Chevance**, responsable du pôle Offres, **M. Augustin Hérault**, directeur de cabinet, et **M. Rudy Chouvel**, chargé de mission

– **Conférence des directeurs généraux de centre hospitalier universitaire** – **M. Philippe El Saïr**, président, et **M. Benoît Sevcik**, secrétaire général

– **Centre hospitalier universitaire de Brest** – **M. Jocelyn Dutil**, directeur général adjoint

– **Centre hospitalier universitaire de Nancy** – **M. Arnaud Vanneste**, directeur général

– **Centre hospitalier universitaire de Poitiers** – **Mme Anne Costa**, directrice générale, et **M. Christophe Baltus**, directeur adjoint

– **Centre hospitalier de Cambrai** – **M. Xavier Soual Wlodek**, directeur général

– **Centre hospitalier de Dunkerque (hôpital Alexandra Lepèvre)** – **M. Samy Bayod**, directeur

➤ *Table ronde :*

– **Fédération nationale des métiers du stationnement (FNMS)*** – **M. Jean-Laurent Dirx**, président, et **M. Édouard Lecomte**, directeur général

– **Q-Park France** – **Mme Michèle Salvadoretti**, directrice générale

– **Indigo** – **M. Sébastien Fraisse**, président

– **Effia** – **M. Jean-Michel Archambault**, directeur général, et **Mme Aude Olofsson**, directrice régionale Rhône-Alpes

– **M. Pascal Jacquin**, ancien directeur général de Parcus

➤ *Table ronde :*

– **CGT du Centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne** – **M. Cyril Vidal**, secrétaire général

– **Syndicats du Groupement hospitalier de Saintes-Saint-Jean-d'Angély** – **M. Frédéric Decou**, secrétaire adjoint de la CGT, et **M. Franck Rocherieu-Rodriguez**, secrétaire de l'Unsa

* Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le répertoire de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique, s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale.

ANNEXE N° 2
TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À
L'OCCASION DE L'EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI

Proposition de loi	Dispositions en vigueur modifiées	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
1 ^{er}	Code de la santé publique	L. 1112-3-1 <i>[nouveau]</i>