

**Assemblée nationale**  
**XIII<sup>e</sup> législature**  
**Session ordinaire de 2008-2009**

**Compte rendu**  
**intégral**

**Deuxième séance du mardi 17 février 2009**

**SOMMAIRE**

*Présidence de M. Bernard Accoyer*

**1. Questions au Gouvernement**  
[...]

**2. Réforme de l'hôpital**

*Rappel au règlement*

*M. Jean Mallot*

*Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports*

*Reprise de la discussion*

*Article 5 (suite)*

*Amendements nos 970, 37, 314, 1140, 1657, 795, 1962 (sous-amendement), 1141, 1173, deuxième rectification, 1121, 1960, 1015, 1142, 1143 rectifié, 482, 1144, 1060, 481, 1952 rectifié, 1192, 1122, 113, 315*

*Rappel au règlement*

*Mme Marisol Touraine*

*Reprise de la discussion*

*Amendements nos 316, 317, 318, 319, 1061*

*Article 6*

*M. Jean-Luc Prével*

*M. Olivier Jardé*

*Mme Marisol Touraine*

*Mme Catherine Génisson*

*M. Jean-Marie Le Guen*

*M. Dominique Baert*

*Mme Martine Pinville*

*M. Jean Mallot*

*M. Gérard Bapt*

*Mme Michèle Delaunay*

*M. Christophe Sirugue*

*Mme Monique Iborra*

*M. Patrick Roy*

*Mme Jacqueline Fraysse*

*Mme Valérie Fourneyron*

*M. Jacques Domergue*  
*Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé*  
*Amendements nos 971, 1071, 1062*

**3. *Ordre du jour de la prochaine séance***

**Présidence de M. Bernard Accoyer**

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

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

## **1 – Questions au Gouvernement**

[...]

## **2 - Réforme de l'hôpital**

*Suite de la discussion, après déclaration d'urgence, d'un projet de loi*

**M. le président.** L'ordre du jour appelle la suite de la discussion, après déclaration d'urgence, du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n<sup>os</sup> 1210 rectifié, 1441, 1435).

**M. Jean Mallot.** Je demande la parole pour un rappel au règlement.

### **Rappel au règlement**

**M. le président.** La parole est à M. Jean Mallot.

**M. Jean Mallot.** Monsieur le président, madame la ministre de la santé et des sports, monsieur le rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, nous avons abordé hier soir les compétences et la composition du conseil de surveillance. L'un des amendements que nous avons votés indique que le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie de l'établissement. Un peu plus loin, à l'alinéa 9, un amendement du Gouvernement est venu préciser que, sur certains points, le conseil de surveillance ne faisait que donner son avis, notamment pour ce qui est de l'adhésion, le retrait à une communauté hospitalière de territoire et à un groupement de coopération sanitaire – un sujet dont chacun conviendra qu'il relève de la stratégie de l'établissement. J'aimerais que Mme la ministre nous éclaire quant à la signification de cet amendement : en matière de stratégie, le conseil de surveillance dispose-t-il d'attributions différentes selon la nature des sujets évoqués ? En particulier, l'amendement du Gouvernement doit-il s'entendre comme la liste des sujets faisant exception à la compétence stratégique du conseil de surveillance ? Les personnes qui seront amenées à siéger au sein d'un conseil de surveillance ont besoin de savoir quelle sera la portée de leur délibération sur un sujet donné : un simple avis, ou une véritable décision.

**M. le président.** La parole est à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.** Au sujet de la compétence du conseil de surveillance, de nombreux amendements se sont succédé et ont fait

l'objet de longues discussions. Plusieurs ont été votés, dont un contre l'avis du Gouvernement, et je considère qu'à l'issue de ces discussions, les choses sont très claires. Sur un certain nombre de points, la délibération du conseil de surveillance s'impose, en particulier au pouvoir médical. En revanche, sur d'autres points qui ont été très précisément déterminés par les amendements que nous avons examinés hier, le conseil de surveillance ne dispose que du pouvoir de donner son avis. Je pourrais vous donner des précisions sur certains points particuliers mais, dans la mesure où l'Assemblée s'est déjà prononcée, il me semble qu'il ne serait pas opportun – et tout état de cause pas très démocratique – de refaire toute la discussion en reprenant, l'une après l'autre, les différentes attributions du conseil de surveillance.

### **Reprise de la discussion**

**M. le président.** Hier soir, l'Assemblée a poursuivi l'examen des articles, s'arrêtant à l'amendement n° 970 à l'article 5.

#### **Article 5 (suite)**

**M. le président.** Je suis saisi de cinq amendements, n<sup>os</sup> 970, 37, 314, 1140 et 1657, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n<sup>os</sup> 314 et 1140 sont identiques.

**M. le président.** La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n° 970.

**Mme Jacqueline Fraysse.** L'amendement n° 970 vise à clarifier deux points de l'alinéa 14 de l'article 5 : celui relatif au nombre de personnalités qualifiées et celui relatif aux représentants des usagers appelés à siéger au sein du conseil de surveillance. Notre amendement poursuit trois objectifs : premièrement, fixer le nombre de personnalités qualifiées à cinq, comme pour les autres collèges ; deuxièmement, permettre, parmi ces cinq personnalités, la représentation de professionnels de santé non hospitaliers, par exemple des médecins libéraux – ce qui paraît indispensable si l'on veut atteindre l'objectif louable qu'affiche ce projet et qui est de décloisonner la médecine hospitalière et la médecine de ville ; enfin, garantir la participation au sein des conseils de surveillance d'au moins deux représentants des usagers au sens des dispositions de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, qui donne un cadre juridique à la notion de « représentant » des usagers.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 37.

**M. Jean-Pierre Door.** Cet amendement avait pour objet de prévoir un maximum de deux personnalités qualifiées au sein du conseil de surveillance.

Toutefois, dans un souci de cohérence avec les dispositions que nous avons votées hier soir au sujet des deux premiers collèges du conseil de surveillance – Mme la ministre ayant par ailleurs indiqué qu'elle acceptait que le nombre de membres de chacun des trois collèges passe à un maximum de cinq –, je préfère retirer l'amendement n° 37.

*(L'amendement n° 37 est retiré.)*

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Marie Rolland, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour soutenir l'amendement n° 314.

**M. Jean-Marie Rolland,** *rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.* La commission a adopté l'amendement n° 314 afin de permettre une plus grande ouverture du conseil de surveillance. Cela étant, à la réflexion, la rédaction de l'amendement n° 1657 de M. Bur, en discussion commune et également accepté par la commission, qui propose un maximum de cinq membres, me paraît préférable : sans rigidifier la composition du troisième collège, cette formulation reste compatible avec l'idée, évoquée hier, de maintenir un nombre de membres égal dans chacun des trois collèges.

Au nom de la commission, je retire donc l'amendement n° 314 au profit de l'amendement n° 1657.

*(L'amendement n° 314 est retiré.)*

**M. le président.** La parole est à M. Jean Mallot, pour soutenir l'amendement n° 1140.

**M. Jean Mallot.** Nous nous sommes accordés, hier soir, sur l'idée d'un conseil de surveillance comportant trois collèges de cinq membres au plus chacun, ces trois collèges devant par ailleurs être en effectif égal. Dans ce contexte, notre amendement n'a plus de raison d'être, puisqu'il fixerait définitivement à cinq le nombre de membres du troisième collège.

Nous retirons donc l'amendement n° 1140.

*(L'amendement n° 1140 est retiré.)*

**M. le président.** La parole est à M. Yves Bur, pour soutenir l'amendement n° 1657.

**M. Yves Bur.** Comme l'a indiqué M. le rapporteur, l'amendement n° 1657 devrait mettre tout le monde d'accord en proposant un effectif de cinq membres au plus pour le troisième collège, étant précisé que chaque collège devra comporter le même nombre de membres. Cela donnera au dispositif une souplesse qui lui permettra de s'adapter à tous les types d'établissements de santé.

**M. le président.** Maintenez-vous votre amendement n° 970, madame Fraysse ?

**Mme Jacqueline Fraysse.** Je le maintiens, dans la mesure où il introduit des précisions que l'on ne retrouve pas dans l'amendement n° 1657.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement sur les amendements n<sup>os</sup> 970 et 1657 ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre de la santé.* Favorable à l'amendement n° 1657, défavorable à l'amendement n° 970.

*(L'amendement n° 970 n'est pas adopté.)*

*(L'amendement n° 1657 est adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements, n<sup>os</sup> 795 et 1141, pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n<sup>o</sup> 795 fait l'objet d'un sous-amendement n<sup>o</sup> 1962.

La parole est à M. Pierre Morel-A-L'Huissier, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 795.

**M. Pierre Morel-A-L'Huissier.** L'article 5 prévoit un maximum de représentants d'usagers mais pas de minimum. Nous souhaitons intégrer dans la loi le principe d'un nombre minimal de représentants des usagers.

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre, pour soutenir le sous-amendement n<sup>o</sup> 1962.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Il s'agit d'un sous-amendement rédactionnel à cet amendement n<sup>o</sup> 795 – auquel je suis par ailleurs favorable ; il vise à corriger l'alinéa 14 afin qu'y soit bien mentionné le directeur général de l'agence régionale de santé.

**M. le président.** La parole est à M. Jean Mallot, pour défendre l'amendement n<sup>o</sup> 1141.

**M. Jean Mallot.** Nous souhaitons que figure à la fin de l'alinéa 14 la mention de « deux représentants des usagers et un représentant des professionnels de santé non hospitaliers ».

En effet, il convient de rendre l'alinéa cohérent avec le passage de quatre à cinq personnalités qualifiées nommées par le directeur de l'ARS et d'assurer pour cela la présence de deux représentants des usagers, auxquels s'ajoutera un représentant des professionnels non hospitaliers.

Si l'on souhaite mieux associer la médecine de ville à l'hôpital, il faut s'en donner les moyens en assurant sa représentation au conseil de surveillance.

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

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur.** La commission a accepté l'amendement n<sup>o</sup> 795, qui garantit la présence d'au moins deux représentants des usagers au sein du troisième collège des personnalités qualifiées du conseil de surveillance.

Elle a en revanche repoussé l'amendement n<sup>o</sup> 1141, car la possibilité de faire figurer un représentant des professionnels de santé non hospitaliers au sein du troisième collège n'est pas exclue par l'actuelle rédaction du texte, puisque ces représentants peuvent faire partie des personnalités qualifiées. Il est donc inutile de rigidifier la composition du conseil.

**M. Jean Mallot.** Il ne s'agit pas de rigidifier mais de garantir !

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n<sup>o</sup> 1141 ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Le Gouvernement est défavorable à l'amendement pour les mêmes raisons que le rapporteur.

À déjà été décidée l'extension du nombre des membres de chaque collège à cinq, dont deux représentants des usagers pour le troisième collège. Au-delà, il me semble qu'il faut laisser de la souplesse au dispositif et une marge de manœuvre aux acteurs de terrain, d'autant qu'il est fort probable que figureront parmi les personnalités qualifiées des représentants des professions médicales non hospitalières.

**M. le président.** La parole est à M. Jean Mallot.

**M. Jean Mallot.** Si l'on considère qu'il est inutile de préciser qu'il y a un représentant des professionnels de santé non hospitaliers, puisque le texte ne l'interdit pas, l'argument vaut également pour les représentants des usagers. À suivre votre logique, on finit par ne plus rien préciser !

Or nous souhaitons, pour les raisons que je viens de développer, que cette précision figure dans le texte, *a fortiori* lorsque sont concernés des hôpitaux locaux, car les professionnels de santé non hospitaliers y sont particulièrement impliqués, et ils seront très sensibles à l'adoption de cet amendement.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Luc Prével.

**M. Jean-Luc Prével.** Sans vouloir m'immiscer dans le travail de la présidence, je voudrais cependant signaler que mon amendement n° 479, que je propose avec Olivier Jardé, Claude Leteurtre et Thierry Benoit, prévoit précisément que figure au conseil de surveillance un représentant des professionnels de santé non hospitaliers. Sans doute aurait-il mérité d'être mis en discussion commune avec les amendements que nous sommes en train d'examiner.

**M. Jean Mallot.** C'est exact.

**M. Jean-Luc Prével.** En effet, l'un des principes fondamentaux du rapport Larcher et de la loi est d'aborder l'organisation de l'hôpital dans un esprit ouvert, moins « hospitalo-centré ». Il serait donc souhaitable, dans cette perspective, d'impliquer les professionnels de santé non hospitaliers.

Il est important d'ouvrir la gouvernance hospitalière aux autres acteurs de la santé, ce qui implique de rappeler les articulations entre l'hôpital et les professionnels non hospitaliers, par exemple la médecine libérale.

Aujourd'hui, d'ailleurs, un représentant de la médecine non hospitalière siège en principe dans les conseils d'administration des hôpitaux.

*(Le sous-amendement n° 1962 est adopté.)*

*(L'amendement n° 795, sous-amendé, est adopté.)*

**M. le président.** En conséquence, les amendements n<sup>os</sup> 1141, 479, 671 rectifié, 833 rectifié, 1004 et 480 tombent.

Je suis saisi d'un amendement n° 1173, deuxième rectification.

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Jean-Marie Rolland**, *rapporteur*. Cet amendement, accepté par la commission, propose qu'un parlementaire fasse partie des personnalités qualifiées présentes dans le troisième collège.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Avis favorable. Je me suis expliquée sur ce point, hier soir.

**M. le président**. La parole est à Mme Marisol Touraine.

**Mme Marisol Touraine**. Cet amendement prévoit dans son exposé des motifs qu'un texte réglementaire précisera les modalités de désignation de cet élu. Je voudrais donc savoir en quoi ces modalités se distinguent de celles applicables pour la désignation des autres membres du directoire.

Au-delà et malgré l'accord qui semble se dessiner sur ce point, la présence obligatoire d'un parlementaire dans les directoires ou les conseils de surveillance des établissements hospitaliers ne me semble pas aller de soi.

Le rôle des parlementaires consiste avant tout à défendre des orientations à l'échelle nationale. Or, ce qui me paraît important en l'occurrence, c'est d'avoir à faire à un élu qui, dès lors que l'établissement concerné relève de plusieurs communes, puisse apporter sa vision globale du territoire.

De deux choses l'une, donc. Soit le parlementaire cumule sa fonction de parlementaire avec celle d'élu local – ce qui, chacun le sait, arrive rarement... (*Sourires.*)

**M. Jean Mallot**. Ça existe !

**Mme Marisol Touraine**. ...et il peut à ce titre participer au conseil de surveillance de l'hôpital de sa commune. Soit il n'a pas de mandat local, et l'on ne voit pas bien en quoi sa qualité de parlementaire lui confère un rôle essentiel au sein du conseil de surveillance.

**M. Élie Aboud**. Parce que c'est lui qui fabrique les lois !

**Mme Marisol Touraine**. À l'inverse, je ne prétends pas que les parlementaires ne sont pas compétents pour participer à ces directoires ; je dis simplement que leur présence ne me paraît ni obligatoire ni nécessaire.

Que certains parlementaires soient particulièrement impliqués dans les politiques de santé et les politiques territoriales en matière sanitaire, fort bien ; de là à généraliser leur présence dans l'ensemble des conseils de surveillance des établissements hospitaliers, il y a un pas que je ne franchis pas.

**M. le président**. La parole est à M. Bernard Debré.

**M. Bernard Debré**. Je suis moi aussi assez surpris de cette proposition. Le parlementaire représente la nation à l'Assemblée nationale. Ce sont des élus locaux qui doivent siéger dans



les conseils de surveillance et non des parlementaires. D'autant que certains risqueraient d'avoir à siéger dans plusieurs directoires, ce qui serait inutile, voire dangereux.

**M. le président.** La parole est à M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

**M. Pierre Méhaignerie,** *président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.* Je partage également cette position. Certains élus ont en effet des responsabilités municipales et s'impliquent beaucoup dans la gestion de leur hôpital, jusqu'à ce que, le cas échéant, la perte de leur mairie les en éloigne. C'est sans doute regrettable mais, devant les difficultés que soulève cette proposition, en termes de choix notamment – député ou sénateur ? et, pour un député, issu de quelle circonscription ? –, j'émets à titre personnel des réserves sur cet amendement, bien qu'il ait été adopté par la commission.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre de la santé.* Notre discussion est très éclairante et soulève un problème qui mérite débat. J'abordais cette question de la participation des parlementaires au directoire avec un esprit d'ouverture, sensible à des amendements émanant de toutes les familles politiques siégeant sur ces bancs. Mais Mme Touraine et M. Méhaignerie soulèvent des difficultés, touchant notamment au choix du parlementaire – député ou sénateur. Je m'en remets donc à la sagesse de l'Assemblée.

**M. le président.** La parole est à M. Yves Bur.

**M. Yves Bur.** Je partage les inquiétudes du président Méhaignerie et de Mme la ministre. Quoi qu'il en soit, si une telle disposition était adoptée, sans doute faudrait-il l'assortir pour le parlementaire d'une obligation de présence. (*Rumeurs sur les bancs du groupe UMP.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Génisson.

**Mme Catherine Génisson.** Votre réponse, madame la ministre, me convient assez. Nous souhaitons tous que la démocratie sanitaire puisse s'exercer au sein du conseil de surveillance, d'où, sans doute, l'idée que le parlementaire, élu du peuple, pouvait à ce titre être un interlocuteur approprié pour discuter de la politique de l'établissement et des politiques de santé.

Ce raisonnement peut d'ailleurs se discuter : notre rôle est d'abord, je crois, de débattre ici, dans l'hémicycle, de la loi qui régit l'organisation de notre système de santé.

Je pense que la présence du parlementaire est d'autant moins justifiée que nous n'avons pas accepté qu'un professionnel non hospitalier figure obligatoirement dans ce conseil de surveillance, aux côtés des usagers.

**M. Jacques Domergue.** Je demande la parole !

**M. le président.** Deux orateurs de chaque côté de l'hémicycle se sont exprimés ; ce texte faisant l'objet de 1 960 amendements, nous allons passer au vote.

**M. Jean Mallot.** Dont 1 900 de la majorité !

**M. Patrick Roy.** L'UMP fait de l'obstruction !

**M. Gérard Bapt.** Il est rare que l'on parle des députés, monsieur le président. (*Sourires.*)

(*L'amendement n° 1173, deuxième rectification, n'est pas adopté.*)

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 1121.

La parole est à M. Dominique Tian.

**M. Dominique Tian.** Cet amendement propose de désigner des représentants des trois régimes d'assurance maladie obligatoire au sein des conseils de surveillance. Je crois souhaitable que ceux-ci soient mieux associés à la gestion des hôpitaux grâce à une représentation, à part entière, au sein des conseils de surveillance.

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

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur.** La commission a repoussé cet amendement, car l'élargissement du conseil de surveillance serait trop grand. Les anciennes caisses régionales d'assurance maladie sont représentées au niveau des agences régionales de santé. D'autre part, conformément aux recommandations du rapport Larcher, l'alinéa 19 de ce même article 5 prévoit déjà qu'un directeur de caisse d'assurance maladie soit présent, avec voix consultative, au sein du conseil de surveillance.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Mon avis est très semblable à celui du rapporteur. Le conseil de surveillance serait exagérément alourdi par la présence d'un représentant de chacun des régimes d'assurance maladie : il serait alors phagocyté par les régimes d'assurance maladie obligatoires.

Un directeur de caisse, nommé par le directeur général de l'agence régionale de santé, assiste au conseil avec voix consultative. L'assurance maladie est évidemment constitutive des futures agences régionales de santé : elle jouera un rôle de régulation essentiel. D'ailleurs, un certain nombre de directeurs généraux des agences régionales de santé seront recrutés au sein de l'assurance maladie.

Je rappelle, au passage, qu'une incompatibilité est prévue entre un siège au conseil de surveillance de l'ARS et un siège au conseil de surveillance des établissements : il convient évidemment de ne pas mettre les acteurs en situation d'être juge et partie.

Je propose donc à M. Dominique Tian de retirer son amendement.

**M. Dominique Tian.** L'amendement est retiré.

(*L'amendement n° 1121 est retiré.*)

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 1960.

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. L'amendement se justifie par son texte même ; je l'ai déjà défendu.

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

**M. Jean-Marie Rolland**, *rapporteur*. Avis favorable.

*(L'amendement n° 1960 est adopté.)*

**M. le président**. Je suis saisi de deux amendements identiques, n<sup>os</sup> 1015 et 1142.

La parole est à M. Jacques Péliissard, pour soutenir l'amendement n° 1015.

**M. Jacques Péliissard**. Le texte permet que la présidence du conseil de surveillance soit attribuée soit à une personnalité qualifiée, soit à un représentant des collectivités territoriales. Or, pour des raisons de fond, il me paraît important que cette fonction soit confiée à un représentant des collectivités territoriales. Seul un élu peut avoir une approche cohérente et globale de l'ensemble des politiques – par exemple en matière de transports, d'urbanisme, d'implantations. Il peut apporter, sur l'ensemble des problématiques hospitalières, un éclairage intéressant, et qui ne soit pas seulement hospitalier.

Il y a, de plus, des raisons de forme : par hypothèse, un élu est plus à l'écoute que d'autres ; il est habitué à animer des assemblées pluralistes. Dès lors, il me paraît essentiel que le président du conseil de surveillance soit un élu.

**M. le président**. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour soutenir l'amendement n° 1142.

**Mme Catherine Génisson**. Il est défendu.

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

**M. Jean-Marie Rolland**, *rapporteur*. La commission a repoussé l'amendement de M. Péliissard. En effet, le texte n'interdit pas que le président du conseil de surveillance soit un élu ; mais il n'exclut pas la possibilité que cette fonction soit confiée à une personnalité qualifiée.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Je me suis déjà exprimée, en particulier en réponse à votre collègue Jean-Luc Reitzer qui évoquait l'hôpital d'Altkirch et la fusion existant entre lui-même et sa population, qui n'imaginait pas qu'un autre que lui fût porté à la tête du conseil de surveillance de l'hôpital. *(Sourires)*

**Mme Marisol Touraine**. Il a eu du succès !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Je connais ce lien entre les élus et l'hôpital.

Ce que je propose, c'est un espace de liberté, qui permet d'ailleurs aux représentants de diverses collectivités de présider ce conseil de surveillance. Les hôpitaux ne reçoivent pas de financement des collectivités territoriales...

**Plusieurs députés du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.** Mais si !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. J'entends bien, mais ces financements sont volontaires. Les établissements hospitaliers sont financés par l'assurance maladie ; les collectivités territoriales y participent si elles le veulent, sur un mode contractuel !

Le financement n'est donc pas assuré par les collectivités territoriales. Dieu merci – si j'ose dire –, il y a des établissements hospitaliers dont l'influence, la patientèle, dépasse largement la commune – l'inverse est rare. Quant aux centres hospitaliers universitaires, leur influence est évidemment régionale.

Il est donc important de permettre à des représentants d'autres collectivités territoriales d'exercer cette présidence. Si cet espace de liberté peut permettre à une personnalité qualifiée de première grandeur, s'impliquant dans la vie hospitalière, de présider un conseil de surveillance, pourquoi s'en priver ?

Il est bien entendu que c'est le plus souvent le maire qui exercera cette présidence ; et il sera d'autant plus conforté dans sa mission qu'il sera choisi et qu'il ne sera pas, en quelque sorte, un président par obligation.

**M. le président.** La parole est à M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des affaires culturelles.

**M. Pierre Méhaignerie**, *président de la commission des affaires culturelles*. La commission a longuement débattu sur ce point, et vous savez, monsieur Pélissard, que je suis toujours très attentif à vos suggestions. Dans plus de 90 % des cas, on ira chercher le maire. Mais pourquoi s'imposer de choisir le maire, alors que le président de l'intercommunalité, un adjoint aux affaires sociales qui se passionne pour ces problèmes, ou une personnalité qualifiée reconnue de tous, peuvent aussi convenir ?

Laissons un peu de liberté – étant entendu que le maire sera choisi la plupart du temps. Voilà pourquoi la commission a préféré la position du Gouvernement.

*(Les amendements identiques n<sup>os</sup> 1015 et 1142 ne sont pas adoptés.)*

**M. Patrick Roy.** Ils sont rejetés de peu !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Mais non ! *(Sourires)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements, n<sup>os</sup> 1143 rectifié et 482, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Catherine Génisson, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 1143 rectifié.

**Mme Catherine Génisson.** Afin qu'un établissement fonctionne bien, il semble évident que le président et le vice-président du directoire – qui sont les chevilles ouvrières de ce fonctionnement – doivent pouvoir assister aux séances du conseil de surveillance. Ainsi, des échanges permettront un enrichissement mutuel des positions et des propositions. En outre, ces deux personnes ne dérangeront pas beaucoup, puisque nous ne leur accordons qu'une voix consultative.

Néanmoins, cette mesure me paraît logique, et propre à faciliter la communication entre le conseil de surveillance et ceux qui auront la responsabilité directe de l'établissement concerné.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Luc Prével, pour soutenir l'amendement n° 482.

**M. Jean-Luc Prével.** Nous reparlerons plus tard de l'intégration du projet médical au sein du projet d'établissement.

Il paraît souhaitable que le vice-président du directoire – donc le président de la commission médicale d'établissement – assiste, avec pour le moins voix consultative, à ce conseil de surveillance, afin d'éclairer celui-ci sur l'adéquation entre le projet médical et la mission de l'hôpital, qui est d'accueillir l'ensemble des patients.

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

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur.** La commission a repoussé l'amendement n° 1143 rectifié. L'assistance du président du directoire est, en effet, déjà prévue par l'alinéa 3 de l'article 6.

En revanche, la commission a accepté l'amendement n° 482 présenté par M. Jean-Luc Prével, qui prévoit que le vice-président du directoire peut assister, avec voix consultative, aux travaux du conseil de surveillance.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Je suis de l'avis du rapporteur : pour des raisons de rédaction, l'amendement de M. Prével paraît préférable. Ne voyez là rien de blessant, Mme Génisson ! (*Sourires*)

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Génisson.

**Mme Catherine Génisson.** Nous sommes d'accord : ce que nous voulons, c'est que le président et le vice-président du directoire assistent, avec voix consultative, aux séances du conseil de surveillance.

Dès lors que cette proposition est satisfaite par l'article 6 du projet de loi, d'une part, et par l'amendement de M. Prével, d'autre part, je me déclare convaincue par les arguments de Mme la ministre et de M. le rapporteur – pour une fois !

*(L'amendement n° 1143 rectifié est retiré.)*

*(L'amendement n° 482 est adopté.)*

**M. le président.** Je constate que le vote est acquis à l'unanimité.

Je suis saisi de deux amendements, n<sup>os</sup> 1144 et 1060, qui peuvent faire l'objet d'une présentation commune.

La parole est à M. Jean Mallot, pour soutenir l'amendement n° 1144.

**M. Jean Mallot.** Tout le monde conviendra que l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris – est un organisme particulier au sein du paysage hospitalier français, pour différentes raisons que chacun perçoit.

Nous considérons que cette particularité empêche que l'on s'en tienne, ici, au droit commun. Jusqu'ici, la composition des conseils d'administration – qui deviennent les conseils de surveillance – était régie par le règlement. Désormais, le cadre est fixé par la loi : il faut donc, par souci de cohérence, prévoir pour l'AP-HP un dispositif particulier.

Le nombre de collectivités représentées au conseil d'administration de l'AP-HP, et donc, *mutatis mutandis*, appelées à être représentées au conseil de surveillance, rend donc nécessaire un aménagement des dispositions législatives afin que chacun des collègues soit représenté et qu'un certain équilibre interne soit concerné.

Nous proposons donc d'ajouter, après l'alinéa 15, les quatre alinéas suivants :

« Le conseil de surveillance de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris est composé comme suit :

« 1° Huit représentants des collectivités territoriales, soit un représentant du conseil régional, un représentant de chacun des conseils généraux de Paris, des Hauts-de-Seine, du Val-de-Marne et de la Seine-Saint-Denis, trois représentants de la Ville de Paris ;

« 2° Huit représentants des personnels dont quatre représentant la commission médicale d'établissement, trois représentant le comité technique d'établissement, un représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

« 3° Huit personnalités qualifiées et usagers, dont trois représentants des usagers, nommés par arrêté du ministre chargé de la santé. »

Ce dispositif, adapté au cas particulier et quelque peu hors normes, chacun en convient, de l'AP-HP, permettrait de garder l'équilibre des trois collèges tout en garantissant une représentation complète des collectivités concernées par cet établissement.

**M. le président.** Puis-je considérer que vous avez également défendu l'amendement n° 1060 ?

**Mme Catherine Génisson.** Non, monsieur le président, ce n'est pas le même.

**M. le président.** Vous avez la parole, madame Génisson, pour soutenir l'amendement n° 1060.

**Mme Catherine Génisson.** L'argumentation de mon collègue Jean Mallot est tout à fait convaincante. Toutefois, l'amendement n° 1060 est un peu différent dans la mesure où, parmi les huit personnalités qualifiées et usagers, figure, en plus des trois représentants des usagers nommés par arrêté du ministre chargé de la santé, un représentant des professionnels de santé non hospitaliers.

Il nous semble important de préciser, peut-être encore plus que dans les amendements précédents, que l'Assistance publique de Paris doit pouvoir comporter dans son conseil de surveillance une personne qui représente le secteur non hospitalier de la santé. Nous savons en effet que les liens entre les réseaux de santé, notamment à travers la communication entre la médecine hospitalière et la médecine libérale, doivent être renforcés.

Cet amendement n° 1060 me semble donc – c'est un avis tout à fait personnel...

**Mme Jacqueline Fraysse.** Meilleur !

**Mme Catherine Génisson.** ...meilleur que l'amendement n° 1144.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements ?

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur.** La commission, effrayée par le montage proposé et n'étant pas certaine qu'ils aient fait l'objet de toutes les concertations nécessaires, a repoussé ces amendements. J'attends avec intérêt la position de Mme la ministre.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Nous souhaitons que le conseil de surveillance soit une réelle instance de surveillance. Pour cela, nous avons prévu une composition resserrée. Cette structure de fonctionnement qui a été établie dans le texte vaut pour l'ensemble des établissements, et donc également pour l'AP-HP. Le but est que cette instance puisse exercer efficacement une mission de contrôle, indispensable à l'AP-HP comme ailleurs.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

**Mme Catherine Génisson.** Le patron de l'AP-HP va parler.

**M. Jean-Marie Le Guen.** Mes collègues ont déjà excellemment argumenté sur cet amendement, qui s'appuie sur la réalité des relations entre l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris et les collectivités locales qui la composent.

Certes, il est bien normal que des élus d'horizons différents souhaitent participer à la gestion de l'Assistance publique, mais, si l'on coupe nos hôpitaux de leur légitimité territoriale – et l'Assistance publique a la particularité d'être implantée dans des collectivités locales fort différentes –, on risque d'accroître le caractère abstrait de l'implantation. Ce qui fait aussi la vie d'un hôpital, c'est sa capacité à se coordonner avec les nombreux territoires de santé qu'il irrigue.

**M. André Wojciechowski.** Il a raison !

**M. Jean-Marie Le Guen.** Dès lors, il me paraît légitime, si l'on veut maximiser les politiques de santé et impliquer les collectivités territoriales, de donner, à une structure particulière, une représentation particulière.

**M. André Wojciechowski.** C'est vrai.

**M. Jean-Marie Le Guen.** Cela me paraît aller dans le bon sens. Toute vision contraire, qui voudrait à la fois uniformiser la vision de l'hôpital et la couper de sa réalité territoriale, serait, à mon avis, dogmatique.

*(L'amendement n° 1144 n'est pas adopté.)*

*(L'amendement n° 1060 n'est pas adopté.)*

**Mme Catherine Génisson.** Le vote était serré, parce que M. Debré a voté pour !

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 481.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

**M. Jean-Luc Prével.** Avec M. Jardé, co-auteur de cet amendement, nous proposons de supprimer l'alinéa 19 de l'article 5.

Nous allons créer les agences régionales de santé, qui s'occuperont à la fois de la médecine de ville et de l'hôpital. Je trouve curieux que le directeur de la caisse assiste au conseil de surveillance, présente un rapport annuel sur l'activité de l'établissement. N'est-ce pas le rôle de l'ARS ? Je vois là une ambiguïté étonnante.

L'ARS sera le responsable régional de la santé, il va veiller au bon fonctionnement des établissements, notamment s'agissant de l'utilisation des financements. Pourquoi demander à la caisse d'assurance maladie d'établir un rapport ? Quelles en seront les bases ? Quelles conséquences on pourra en tirer ? Pourquoi défendre une telle ambiguïté ?

Tout serait plus clair si l'ARS était le seul responsable de l'hôpital. Son omnipotence a certes été critiquée hier, mais il me paraît pour le moins curieux de réintroduire la caisse d'assurance maladie en lui demandant un rapport annuel sur l'activité.

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

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur.** La commission a rejeté cet amendement dans la mesure où l'alinéa 19 reprend une préconisation du rapport Larcher et qu'il nous semble important qu'un directeur de caisse primaire d'assurance maladie siège avec voix consultative au conseil de surveillance. Il apportera une vision locale complémentaire, sinon plus intéressante, à celle de l'agence régionale.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** C'est un point très important. L'intérêt de la présence d'un directeur de caisse primaire dans le conseil de surveillance est double.



D'une part, il connaît l'offre de soin, il connaît l'environnement, la consommation des soins et il peut ainsi très utilement éclairer les membres du conseil sur la façon dont l'établissement se situe dans l'offre de soins en termes de plus-value, de perception par l'ensemble des usagers et des professionnels du territoire. Le système doit être décloisonné et, dans ce cadre, la présence d'un directeur de caisse primaire est très intéressante.

D'autre part, en tant que comptable des dépenses de santé, le directeur de la CPAM apporte au conseil des éléments chiffrés sur l'activité de l'établissement, sur les prescriptions délivrées en ville – c'est très important – et, plus globalement, sur les éléments qui permettent de comparer l'hôpital à d'autres établissements de même catégorie. En présentant un rapport sur l'efficacité, il amène ainsi le conseil de surveillance à jouer pleinement son rôle et à s'interroger sur le fonctionnement de l'établissement.

Cette capacité d'expertise sera extrêmement utile au conseil de surveillance pour jouer pleinement son rôle de contrôle. C'est la raison pour laquelle je vous demande, monsieur Prével, de retirer votre amendement.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Luc Prével.

**M. Jean-Luc Prével.** J'ai bien entendu votre argumentation, madame la ministre, mais je ne retirerai pas mon amendement, même pour vous faire plaisir : en effet, il s'agit là d'un élément fondamental.

À travers la création des agences régionales de santé, nous entendons clarifier les relations, savoir qui sera le pilote du système de santé. Au terme de cette réforme, l'ARS sera responsable à la fois de la ville et de l'hôpital. Des amendements, qui, je l'espère, ne tomberont pas sous le couperet de l'article 40, demandent que le contrôle médical soit du ressort de l'ARS : c'est la condition pour que ce contrôle soit efficace. Pour moi, c'est l'ARS qui deviendra, demain, le vrai responsable de la santé, à la fois à la ville et à l'hôpital.

Je ne vois pas pourquoi le directeur de l'assurance maladie pourrait assister au conseil et rédiger un rapport : l'ARS aura connaissance de toutes les données de l'hôpital. En assistant l'établissement, il connaîtra la valeur de l'établissement, il saura s'il respecte le contrat d'objectifs et de moyens, s'il respecte le contrat de retour à l'équilibre financier. L'ARS sera déjà dans le conseil de surveillance de l'établissement puisqu'il pourra y participer. Je ne vois pas ce qu'apporterait la présence de la caisse d'assurance maladie, si ce n'est une ambiguïté.

C'est pourquoi j'ai déposé cet amendement. Je ne souhaite pas le retirer, car je veux que chacun se prononce clairement sur ce point par un vote.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre de la santé.* Pour donner un peu de chair au débat, prenons l'exemple de la région Rhône-Alpes, qui compte 200 établissements de santé. Croyez-vous que le directeur général de l'ARS pourra siéger au conseil de surveillance de ces 200 établissements de santé ?

Le système que je vous propose lie la gestion du risque et l'organisation des soins au niveau régional – même si le niveau national garde sa responsabilité – car c'est le niveau pertinent pour cela. De leur côté, les caisses primaires gardent leur identité et peuvent mener des

opérations de contractualisation avec ce niveau régional qui lie l'assurance maladie et l'administration sanitaire. Le réseau des caisses primaires conserve sa légitimité et sa capacité d'expertise, car les caisses d'assurance maladie sont au plus près du terrain. C'est de cette capacité d'expertise dont ont besoin nos établissements hospitaliers car, même quand ce sont des CHU, ils restent des hôpitaux de proximité. Le directeur général de l'ARS ne pourra pas remplir ce rôle de proximité, c'est ce que je voudrais faire comprendre à M. Prél.

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Génisson.

**Mme Catherine Génisson.** J'entends bien votre argumentation, madame la ministre, mais je crois que vous faites repentance, car cet alinéa 19 déstabilise complètement la logique de mise en place des ARS.

Nous sommes tous d'accord pour estimer qu'une structure régionale est opportune pour prendre acte de la nécessaire territorialisation de nos politiques en matière de santé. Si quelqu'un doit représenter notre système de protection sociale au niveau du conseil de surveillance, cela pourrait être le directeur de la CPAM, sauf qu'il ne fait pas partie des ARS. En tout état de cause, cela devrait être une personne qui émane de l'ARS et non le directeur de la CPAM en tant que tel.

Cet alinéa 19 déséquilibre totalement le raisonnement par rapport à la mise en place des agences régionales de santé.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Non, il le consolide.

*(L'amendement n° 481 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements, n<sup>os</sup> 1952 rectifié et 1192, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 1952 rectifié.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Je viens d'expliquer la légitimité, la philosophie de cet amendement, qui vise à rédiger ainsi le début de la première phrase de l'alinéa 19 : « Un directeur de la caisse primaire d'assurance maladie ou, lorsqu'elle est désignée comme caisse pivot par arrêté interministériel conformément à l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale, de la caisse de la mutualité sociale agricole, désigné par... » En clair, je propose que ce soit un directeur de caisse d'assurance maladie ou, en tant que de besoin, un directeur de la caisse de la MSA, qui soit désigné pour assister aux séances du conseil de surveillance.

**M. le président.** La parole est à M. Pierre Morel-A-L'Huissier, pour soutenir l'amendement n° 1192.

**M. Pierre Morel-A-L'Huissier.** Je prends acte de ce que Mme la ministre vient de dire et je retire mon amendement.

*(L'amendement n° 1192 est retiré.)*

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 1952 rectifié ?

**M. Jean-Marie Rolland**, *rapporteur*. À titre personnel, avis favorable.

*(L'amendement n° 1952 rectifié est adopté.)*

**M. le président**. Je suis saisi d'un amendement n° 1122.

La parole est à M. Dominique Tian.

**M. Dominique Tian**. Je le retire, car le débat a déjà eu lieu tout à l'heure et Mme la ministre a apporté les précisions nécessaires.

*(L'amendement n° 1122 est retiré.)*

**M. le président**. Je suis saisi d'un amendement n° 113.

La parole est à M. Bernard Debré.

**M. Patrick Roy**. Ah, ah !

**M. Bernard Debré**. Je suis très gêné par cet amendement et par l'alinéa 20 de l'article 5 qui ne donne qu'une voix consultative au directeur de l'UFR. Je pensais en effet que le lien entre un hôpital universitaire et le centre de recherches devait être extrêmement étroit. Certes, c'est un hôpital de premier recours, mais c'est surtout un hôpital de référence où les professeurs, les étudiants, les infirmières même, doivent être parties prenantes. Et le directeur de l'UFR n'aurait qu'une voix consultative dans le conseil de surveillance ! Il me semble dangereux de couper ainsi complètement le lien entre l'université, le centre de recherches et l'hôpital qui se retrouve ainsi au niveau de tout hôpital général, à peine au niveau d'un hôpital régional. Je sais bien qu'il y aura vraisemblablement des amendements plus tard, au Sénat peut-être,...

**M. Gérard Bapt**. Il faut attendre les conclusions de la commission Marescaux !

**M. Bernard Debré**. ...mais je voulais dire ma surprise de voir que l'on casse le lien entre l'hôpital et l'université.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Mais non !

**M. le président**. Vous n'avez pas retiré votre amendement, monsieur Debré ?

**M. Bernard Debré**. Non !

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

**M. Jean-Marie Rolland**, *rapporteur*. La commission a repoussé cet amendement. Je me permets de faire remarquer à notre collègue Debré que le directeur de l'UFR fera partie du directoire, ce qui me semble plus important, et qu'il y a incompatibilité entre le fait d'être membre du directoire et membre du conseil de surveillance, en dehors des deux cas que nous avons vus tout à l'heure.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Défavorable. Monsieur Debré, il est évidemment indispensable que le doyen soit dans les instances de l'hôpital, mais il faut qu'il y soit au plus haut niveau possible. Les fonctions de membre du directoire et de membre du conseil de surveillance étant incompatibles, comme vient de le dire excellemment M. le rapporteur, il est beaucoup plus important que le doyen soit dans le directoire – nous examinerons un amendement de Jacques Domergue dans ce sens à l'article 6 –, puisque c'est la structure qui prépare le projet médical, l'instance de copilotage de l'hôpital. Au bénéfice de ces explications, je vous demande donc, monsieur Debré, de retirer votre amendement.

**M. le président**. La parole est à M. Bernard Debré.

**M. Bernard Debré**. Mais le directeur est dans le conseil de surveillance !

**M. Jean-Marie Rolland**, *rapporteur*. Avec voix consultative !

**M. Bernard Debré**. C'est-à-dire qu'il y est sans y être tout en y étant ! C'est incohérent !

**M. le président**. Monsieur Debré, retirez-vous votre amendement ?

**M. Bernard Debré**. Non !

**M. le président**. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

**M. Jean-Marie Le Guen**. Les choses avancent. Le débat a lieu. Ce matin, j'assistais à l'inauguration de l'institut de la longévité et j'ai entendu ce que disaient les différents intervenants. L'incompréhension – pour ne pas dire plus – entre ce gouvernement et le monde universitaire ne cesse de grandir.

**M. Patrick Roy**. Eh oui !

**M. Jean-Marie Le Guen**. Le monde hospitalo-universitaire est doublement pris en otage, à la fois comme universitaire et comme hospitalier. Les propos tenus par notre collègue Debré ne font que traduire le sentiment profond de toute la collectivité des praticiens hospitaliers et universitaires. Pour l'instant, ce sentiment a été masqué par la perspective d'une commission Marescaux qui devrait remettre des conclusions de nature juridique pour transformer complètement, dans la précipitation, au Sénat, la problématique dont nous discutons aujourd'hui. Évidemment, je fais partie de ceux qui pensent que c'est un leurre, et que cela ne se fera pas, pour de nombreuses raisons. Il n'empêche que l'on veut faire passer en force une loi dans laquelle le monde hospitalo-universitaire ne se reconnaît en aucune façon, quelle que soit sa sensibilité politique.

Vous êtes aujourd'hui confrontés au refus de votre politique par la plupart des organisations syndicales médicales libérales. Vous allez vous mettre à dos l'ensemble des professionnels de l'hôpital. On n'en parle pas ici, mais la plupart des organisations représentant les praticiens hospitaliers protestent d'ores et déjà très fortement, allant même jusqu'à prendre des positions, que je ne trouve pas excellentes, mon cher collègue Bernard Debré, s'agissant de la rétention du codage. Nous sommes face à une radicalisation et vous vous mettez maintenant à dos la communauté universitaire !

Ce dont nous parlons est assez technique pour nombre de nos concitoyens – le monde de l'hôpital et de l'université ne fait pas souvent l'objet d'articles dans *Voici* ou *Gala* !– et il y a une telle incompréhension dans le monde universitaire que, pour l'instant, la stupéfaction l'emporte sur la colère. Vous pouvez donc continuer, mais nous nous retrouverons dans quelques semaines. Ce texte, dans son ensemble, est en effet une insulte à la communauté hospitalo-universitaire et, s'il est appliqué, cela conduira – et je me demande si ce n'est pas l'objectif recherché – à une véritable démobilisation des praticiens hospitalo-universitaires, ce qui serait évidemment la politique du pire et laisserait libre cours à n'importe quoi !

**M. Dominique Dord.** Et l'amendement ?

**M. Jean-Marie Le Guen.** Si vous n'avez pas compris, cher collègue, que c'est un moyen d'écartier le doyen ! Vous n'étiez peut-être pas là lorsque nous avons dit qu'au directoire, à part le président qui a tous les pouvoirs, il n'y aurait que des voix consultatives !

**M. le président.** La parole est à M. Jacques Domergue.

**M. Jacques Domergue.** Je comprends, monsieur Le Guen, qu'il soit difficile pour vous de concevoir qu'il y a deux instances : le directoire et le conseil de surveillance. Cela change la donne. Mais que voulons-nous, y compris Bernard Debré ? (*Rires et exclamations sur les bancs du groupe SRC.* – « Libérez Debré ! » sur les mêmes bancs.) Nous voulons renforcer, dans les établissements universitaires, le lien entre l'hôpital et l'université, ce qui suppose de donner un poids au directeur de l'UFR dans l'instance qui a un réel pouvoir dans le fonctionnement même de l'institution, tant dans l'activité de soin que dans l'activité universitaire. C'est la raison pour laquelle il est indispensable que le doyen soit représenté dans l'instance dirigeante, à savoir le directoire, et qu'il ait une voix consultative dans le conseil de surveillance où il pourra éventuellement éclairer les personnalités qui en font partie et qui jouent un rôle dans la détermination des grandes orientations de l'établissement. Ce n'est pas du tout contradictoire, mais il est indispensable de préciser le rôle essentiel de l'une et de l'autre des instances.

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Génisson.

**Mme Catherine Génisson.** Au-delà de l'argumentation de Jean-Marie Le Guen, que je partage totalement, je voudrais dire que votre réponse relative à l'article 5 et au conseil de surveillance, madame la ministre, est une douche écossaise ! Nous avons discuté pendant des heures de la place du conseil de surveillance, de son périmètre de compétences, de sa composition, et vous nous répondez qu'il n'est pas grave que le doyen n'y soit pas parce que, finalement, cela ne sert pas à grand-chose,...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre de la santé.* Je n'ai pas dit cela !

**Mme Catherine Génisson.** ...qu'une voix consultative suffit, mais qu'en revanche il sera au directoire ! Mais enfin, madame la ministre, vous venez de nous dire que le conseil de surveillance était une structure extrêmement importante à côté du directoire ! C'est pour le moins surprenant.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Il ne faut pas établir de hiérarchie. Chaque structure a un rôle bien déterminé. Le conseil de surveillance fixe des objectifs stratégiques et effectue des missions de contrôle. Par ailleurs, le directoire, à dominante médicale, établit le projet médical de l'établissement. Et, bien évidemment, un membre du conseil de surveillance ne peut pas être membre du directoire, et vice-versa – la nécessité de ne pas confondre les deux rôles est au moins un point qui fait l'unanimité sur nos bancs.

Je crois, quant à moi, que le doyen a une place éminente dans la préparation du projet médical et du projet de l'établissement, en particulier dans celui qui lie la recherche et le soin dans un CHU – Bernard Debré le sait bien. Il est donc très important que le doyen soit à sa place, c'est-à-dire qu'il puisse participer à la préparation du projet de l'établissement, comme le prévoit le texte. Il n'y a pas de hiérarchie entre les instances, madame Génisson. Il y a des missions bien particulières et il s'agit de mettre le doyen à la place où il est utile.

**M. le président**. Je vois que vous me demandez la parole, monsieur Debré. Je suppose que c'est pour retirer l'amendement.

**M. Bernard Debré**. Mais non, monsieur le président !

**M. le président**. Dans ce cas, je n'ai pas à vous redonner la parole ! (*Protestations sur les bancs du groupe SRC.*)

**Plusieurs députés du groupe SRC**. Laissez parler M. Debré !

**M. Dominique Baert**. C'est scandaleux ! M. Debré est à l'UMP, monsieur le président ! Il peut parler, lui !

**M. le président**. J'ai déjà largement donné la parole sur cet amendement, que je vais maintenant mettre aux voix !

(*L'amendement n° 113 n'est pas adopté.*)

**M. le président**. Je suis saisi d'un amendement n° 315.

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Jean-Marie Rolland**, *rapporteur*. Cet amendement propose que le représentant des familles de personnes accueillies dans des établissements délivrant des soins de longue durée ou siégeant dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées puisse assister, avec voix consultative, aux réunions du conseil de surveillance.

**Mme Marisol Touraine**. Je demande la parole pour un rappel au règlement.

**Rappel au règlement**

**M. le président**. La parole est à Mme Marisol Touraine.

**Mme Marisol Touraine**. Je suis vraiment désolée d'avoir à répéter ce que j'ai dit hier soir, mais nous assistons en direct, heure après heure, à une spectaculaire reprise en main de la majorité par le Gouvernement,...

**M. Yves Bur.** Vous fantasmez !

**Mme Marisol Touraine.** ...à une espèce de normalisation du texte, comme si aucune opinion différente ne pouvait s'exprimer ! Il ne nous appartient évidemment pas, même si cela peut paraître amusant, de défendre le droit à s'exprimer de l'un de nos collègues de la majorité, mais on voit bien là – cela nous renvoie à des débats que nous avons déjà eus – que le droit d'amendement n'est pas un vain mot, qu'il doit avoir tout son sens pour la majorité comme pour l'opposition.

En réalité, sous couvert de pouvoir discuter de ce texte et de l'amender, avec des expressions qui se veulent à la fois constructives et apaisantes, nous assistons au passage du rouleau compresseur gouvernemental qui ne permet l'expression d'aucune position différente de la sienne. C'est problématique pour la poursuite de ce débat. Des amendements adoptés en commission sont ensuite retirés, et nous nous demandons vraiment ce que nous faisons ici ! Autant nous demander de passer tout de suite au vote sur le texte du Gouvernement ; nous voterons contre et cela ira plus vite ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

**M. le président.** Madame Touraine, je vous ferai remarquer qu'une fois de plus votre intervention n'a rien à voir avec un rappel au règlement.

**M. Dominique Baert.** C'est un rappel aux méthodes !

### **Reprise de la discussion**

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 315 ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre de la santé.* Favorable.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Luc Prével.

**M. Jean-Luc Prével.** Cet amendement que j'avais déposé et qui a été repris par la commission porte sur un point très important : il prévoit que le représentant des familles de personnes accueillies dans les établissements délivrant des soins de longue durée « assiste » – et non pas « peut assister » –, avec voix consultative, aux réunions du conseil de surveillance. Je tenais à saluer le fait que cet amendement fondamental ait été accepté par la commission.

**M. Dominique Baert.** C'est bien de le défendre après coup !

*(L'amendement n° 315 est adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement rédactionnel de la commission, n° 316.

*(L'amendement n° 316, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement de la commission, n° 317.

La parole est à M. Dominique Tian pour le soutenir.

**M. Dominique Tian.** Cet amendement vise à préciser que les modalités de désignation et de fonctionnement du conseil de surveillance des établissements publics de santé ne relèveraient pas d'un décret simple, mais d'un décret en Conseil d'État.

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

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur.** Favorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Je demande le retrait de cet amendement : le conseil de surveillance étant créé par cette loi, rien n'oblige à passer par un décret en Conseil d'État, mais si ce dernier était d'un avis contraire, il se saisirait de la question.

**M. le président.** Monsieur Tian, retirez-vous l'amendement ?

**M. Dominique Tian.** Je le maintiens.

*(L'amendement n° 317 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 318.

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur.** Il s'agit d'une simple rectification, monsieur le président.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Avis favorable.

**M. le président.** La parole est à M. Jean Mallot.

**M. Jean Mallot.** Monsieur le président, cet amendement n'améliore pas la clarté des débats. Il est rédigé ainsi : « À la fin de l'alinéa 28, substituer aux mots : “, L. 6152-1 et L. 6152-4”, les mots : “et L. 6152-1”. »

Comme ce langage chiffré est compliqué, on se reporte à l'exposé sommaire : « Il convient de supprimer la référence à l'article L. 6152-4, qui renvoie aux dispositions actuelles de cet article mais qui est remplacé par des dispositions nouvelles par le III de l'article 10 qui sont sans rapport avec les contrats ici visés. » *(Exclamations sur les bancs du groupe UMP.)*

**M. Guy Lefrand.** C'est clair ! *(Sourires)*

**M. Jean Mallot.** C'est clair, c'est limpide ! La majorité de droite va donc voter un amendement qu'elle est largement incapable d'explicitier.

**M. Dominique Baert.** Nous n'avons rien compris. En somme, tout est possible !



**M. le président.** Monsieur Mallot, vous savez bien que les amendements de coordination peuvent paraître un peu techniques, mais ils prennent souvent cette forme.

**Mme Claude Greff.** Très bien !

*(L'amendement n° 318 est adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement rédactionnel de la commission, n° 319.

*(L'amendement n° 319, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 1061.

La parole est à Mme Catherine Génisson.

**Mme Catherine Génisson.** Cet amendement nous permet de revenir au débat soulevé par celui de M. Debré : il vise à apporter des précisions fondamentales, en prévoyant que les directeurs des unités de formation et de recherche médicale ou les présidents des comités de coordination de l'enseignement médical – personnalités essentielles dans l'organisation de notre système de santé – ne puissent pas se voir opposer l'incompatibilité résultant du fait d'être membre du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé.

C'est une évidence dont nous avons déjà débattu longuement. En tant que membre de la commission Marescaux, j'exprime certaines inquiétudes. Nous devrions pouvoir nous approprier ce genre de sujet, afin d'apporter des solutions encore plus satisfaisantes que celles qui existent actuellement. Quelles que soient les conclusions de la commission Marescaux, cet amendement est important, dans le fil de la discussion que nous venons d'avoir.

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

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur.** La commission a fort logiquement repoussé cet amendement...

**M. Dominique Baert.** Elle a eu tort !

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur.** ...puisqu'elle a déjà préféré que les directeurs des unités de formation et de recherche médicale, ainsi que les présidents des comités de coordination de l'enseignement médical, ne siègent pas au conseil de surveillance, mais au directoire.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Je pense que vous faites une confusion extraordinaire : vous confondez le conseil de surveillance de l'ARS et le conseil de surveillance de l'hôpital.

**M. Yves Bur.** Ils sont complètement perdus !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Dans le texte, c'est du conseil de surveillance de l'ARS qu'il est question : « Toutefois, l'incompatibilité résultant du fait d'être

membre du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé n'est pas opposable aux directeurs des unités de formation. » Il ne s'agit pas du tout du même débat que tout à l'heure. Le Gouvernement émet un avis défavorable.

**M. le président.** La parole est à M. Bernard Debré.

**M. Bernard Debré.** Effectivement, ce n'est pas au niveau de l'agence régionale de santé, mais à celui du conseil de surveillance. Depuis hier soir et l'adoption d'un amendement, le conseil de surveillance délibérera sur la stratégie. Il aurait été normal qu'il n'y ait pas d'incompatibilité pour le doyen qui siège au directoire – ce dernier émet un simple avis au directeur ou au président du directoire. En revanche, je comprends que ce ne soit pas tout à fait la même chose au niveau de l'agence régionale de santé.

*(L'amendement n° 1061 n'est pas adopté.)*

*(L'article 5, amendé, est adopté.)*

## **Article 6**

**M. le président.** Quatorze orateurs sont inscrits sur l'article 6 qui fait l'objet de 150 amendements.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

**M. Jean-Luc Prével.** L'article 6 porte sur le directoire qui devient l'organe essentiel de l'établissement, tandis que le président en devient le vrai patron.

Pourquoi pas ? Cependant, pour qu'un établissement fonctionne correctement, il doit exister une harmonie entre le conseil de surveillance – ancien conseil d'administration –, le directeur et le personnel soignant – notamment les praticiens représentés par le président de la CME.

Il convient donc d'indiquer clairement que les mesures stratégiques telles que le programme d'investissements et l'adhésion à une communauté hospitalière de territoire – surtout lorsqu'il s'agit de sa forme intégrée – doivent être validées par le conseil de surveillance.

De même, ce n'est pas au directeur d'arrêter seul le projet médical de l'établissement. Celui-ci doit être préparé et validé par la communauté médicale, et donc par la CME, afin de répondre aux besoins de la population, en assurant la qualité des soins et leur évaluation.

La CME doit donc préparer et voter le projet médical qui constitue la pièce maîtresse du projet d'établissement. Celui-ci est donc essentiel puisque les contrats d'objectifs et de moyens devraient prévoir sa mise en œuvre et sa réalisation.

Le paragraphe 24 pourrait laisser croire que le projet médical doit être second après le contrat d'objectifs et de moyens. Il s'agit là d'une proposition inquiétante qui semble indiquer que le but n'est pas de soigner mais, d'abord, de respecter les directives financières.

**M. Yves Bur.** Très bien !

**M. Jean-Luc Prével.** D'ailleurs, le directeur peut être limogé par l'ARS s'il ne respecte pas le plan de redressement financier.

Il conviendrait de préciser que le but premier d'un établissement est de soigner les patients qui lui font confiance, de les faire bénéficier des progrès en matière de diagnostics et de traitements.

Il conviendrait de préciser que les lois de financement devraient prévoir le financement de toute nouvelle mesure décidée par le ministère, notamment en ce qui concerne le personnel. Les augmentations de salaire du personnel sont décidées par le ministère de la fonction publique et ne sont pas toujours financées complètement. De même, lorsque des mesures de sécurité sont prises, elles ne sont pas toujours financées. Dès lors, comment rendre le directeur responsable des conséquences financières de mesures qu'il ne décide pas et qui ne sont pas financées ?

Madame la ministre, afin de calmer les inquiétudes légitimes, il serait bon de rappeler que la mission première des établissements hospitaliers est d'accueillir et de soigner les patients. Il serait bon que le ministère s'engage à accorder les moyens nécessaires aux établissements, afin qu'ils puissent assurer la qualité des soins. L'efficacité est nécessaire, mais montrez que la finalité de votre projet n'est pas d'ordre financier, qu'il s'agit de soigner.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre de la santé.* Évidemment !

**M. le président.** La parole est à M. Olivier Jardé.

**M. Olivier Jardé.** L'article 6 vise à faciliter le pilotage des hôpitaux publics par le renforcement du pouvoir et de l'autonomie du chef de l'établissement.

À cet effet, toute une série de pouvoirs – en partie nouveaux – sont inscrits dans la loi. Le directeur dispose ainsi du pouvoir de conclure le contrat pluriannuel, d'arrêter le projet médical d'établissement, de déterminer le programme d'investissement, de fixer l'état de prévision de recettes et de dépenses, et enfin d'arrêter l'organisation interne de l'établissement et de conclure les contrats de pôle d'activité.

Madame la ministre, je me réjouis de ce renforcement des pouvoirs des chefs d'établissement qui tend à doter les établissements publics de santé de vrais patrons. Toutefois, un point mérite d'être précisé.

**M. Patrick Roy.** Plusieurs !

**M. Olivier Jardé.** Bien que le chef d'établissement se voie déléguer de nouveaux pouvoirs, je m'interroge sur sa réelle autonomie vis-à-vis du directeur de l'ARS.

**M. Dominique Baert.** Il n'en a pas !

**M. Olivier Jardé.** En effet, ce dernier pourra nommer le chef d'établissement, mais aussi le révoquer en cas de non-respect du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

**M. Dominique Baert.** Il sera soumis, mutable et révocable !

**M. Olivier Jardé.** Madame la ministre, pourriez-vous apporter des garanties sur la réelle autonomie du chef d'établissement par rapport au directeur de l'ARS ? Enfin, comme mon ami Prével, je continue à regretter que le projet médical ne soit pas voté par la CME.

**M. le président.** La parole est à Mme Marisol Touraine.

**Mme Marisol Touraine.** Nous en revenons à ce qui constitue le cœur de notre débat depuis plusieurs heures.

Madame la ministre, amendement après amendement, discussion après discussion, vous tentez de nous convaincre que le pouvoir administratif ne l'emportera pas complètement, à l'avenir, au sein des établissements publics hospitaliers. Or, comme cela vient d'être souligné, ce pouvoir administratif sera placé sous le contrôle direct de l'agence régionale de santé. Vous nous dites qu'il sera tenu compte de l'avis du personnel médical, à travers la commission médicale d'établissement.

Vous avez beau dire, à la lecture de cet article 6 – sans doute le point central de la dévalorisation du pouvoir médical au sein des établissements publics hospitaliers –, nous sommes bien obligés de constater qu'en réalité, votre loi n'est pas celle de l'équilibre entre les pouvoirs administratif et médical, entre la direction gestionnaire et le projet médical ou sanitaire. Elle soumet le projet médical et la définition de l'objectif sanitaire au pouvoir administratif et à la direction gestionnaire. Or, sur un territoire donné, ce sont les besoins de santé de la population, les attentes sanitaires d'un bassin de vie, et aussi celles des personnels soignants des établissements qui devraient l'emporter.

Au sein du directoire, le directeur administratif ne sera pas seul. Mais, au fond, peut-être cela eût-il été plus clair ? En effet, il peut pratiquement révoquer tous ceux qui l'encadrent et qui l'entourent. À l'alinéa 26, vous prévoyez la présence de membres du personnel de l'établissement dans le directoire. Ils seront nommés par le directoire de l'établissement, après avis du président de la commission médicale. Mais, ensuite, vous précisez qu'il peut être mis fin à leurs fonctions par le président du directoire.

Ainsi, il n'est pas jusqu'à la composition du directoire qui ne soit déterminée par le directeur administratif ; dès lors, l'équilibre entre le médical et l'administratif n'est qu'apparent.

Je ne puis donc que redire notre préoccupation quant au fait que, demain, c'est le directeur qui nommera les chefs de service, fût-ce après avis du président de la commission médicale d'établissement. On peut, certes, écarter l'hypothèse qu'un candidat sans compétences médicales soit nommé ; mais le vrai problème est de savoir selon quels critères le directeur d'établissement choisira.

**M. le président.** Merci de conclure.

**Mme Marisol Touraine.** Le médecin désigné le sera-t-il en fonction des objectifs sanitaires et du projet médical de l'établissement...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre de la santé.* Évidemment !

**Mme Marisol Touraine.** ...ou de sa capacité à respecter des objectifs administratifs ou financiers ? Il est clair que la capacité gestionnaire primera le critère médical.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Mais non !

**M. le président**. La parole est à Mme Catherine Génisson.

**Mme Catherine Génisson**. Comme vous l'avez remarqué, monsieur le président, cet article va sans doute nous occuper longtemps, puisque nous sommes un certain nombre à souhaiter nous exprimer avant le débat sur les amendements, eux-mêmes nombreux.

Nous sommes au cœur du dispositif. L'article 6 crée en effet un déséquilibre entre le directeur, qui se voit octroyer des compétences sensiblement accrues, notamment en matière de décision, et les autres parties, au premier rang desquelles la communauté soignante. Le dispositif proposé cherche l'efficacité, mais également, ajouterai-je, l'attractivité de l'hôpital ; or, en plus d'être attractif pour les patients, ce dernier doit aussi l'être pour les professionnels. On ne peut à cet égard qu'être inquiet du contrat proposé, car il instaure un déséquilibre important entre les différents métiers ; une bonne partie de nos amendements, dont nous espérons qu'ils seront adoptés, visent à y remédier.

Même si le projet médical est soumis à l'avis de la CME et préparé par son président, ce qui est bien le moins, c'est le directeur qui en décidera. Comment accepter que ce projet ne soit pas élaboré par les médecins et plus généralement par la communauté soignante ? À chacun son métier ! Bref, on se trompe de cible : nous y reviendrons longuement.

Aussi, sans m'appesantir sur ce commentaire général, je ne puis que m'inquiéter, après M. Jardé, du lien pour ainsi dire indéfectible entre le directeur d'établissement et le directeur de l'Agence régionale de santé, *a fortiori* quand on connaît les futurs pouvoirs de ce dernier : en plus de participer à l'élaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, puis de les évaluer, il aura toute latitude pour octroyer ces moyens.

Nommé par le directeur de l'Agence régionale de santé, le directeur de l'hôpital – vous aurez remarqué, monsieur le président, que je ne puis me résoudre à parler d'« établissement public de santé » –...

**M. le président**. Il va falloir conclure, madame Génisson.

**Mme Catherine Génisson**. ...pourra aussi, passez-moi l'expression, être « viré » par lui sans autre forme de procès. On peut craindre, à cet égard, que l'appréciation du directeur de l'Agence régionale de santé dépende moins de l'exigence de qualité sanitaire que de l'efficacité gestionnaire.

Cela fait longtemps que la communauté médicale se préoccupe, en plus de l'exercice de son noble art, des problèmes de gestion ; il ne faudrait pas laisser penser le contraire. Reste que, au sein de l'hôpital, les métiers doivent être reconnus et les équilibres respectés.

**M. le président**. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

**M. Jean-Marie Le Guen**. Par quel mystère la majorité et le Gouvernement se font-ils l'écho d'une idéologie qui émane de la seule corporation des directeurs d'hôpitaux ? Comment est-il possible d'ignorer l'évolution des hôpitaux depuis une dizaine d'années, et de dénoncer, à l'exemple du Président de la République dans son discours de Strasbourg, de prétendus blocages qui empêcheraient toute décision ? Cette vision, archaïque, correspond à une époque

où, en effet, les directeurs d'hôpitaux s'opposaient aux médecins, lesquels se retranchaient dans des préoccupations sanitaires en se désintéressant des questions économiques.

Des évolutions considérables ont eu lieu depuis, et les deux mondes se sont rapprochés. Pourtant, le Gouvernement préconise aujourd'hui une logique administrative et comptable, soutenue par la seule corporation des directeurs d'hôpitaux, et à laquelle s'opposent toutes les organisations de praticiens hospitaliers. En somme, vous estimez habile de choisir entre les gestionnaires et les soignants, renouant par là même avec les travers anciens.

Je le dis d'autant plus volontiers que, compte tenu de l'engagement social ou économique des directeurs d'hôpitaux, on leur a souvent prêté, d'ailleurs à juste titre, des opinions proches de l'opposition ; je crois donc être bien placé pour dire que, si un tel point de vue est digne d'intérêt, il ferait marcher l'hôpital sur une seule jambe, à savoir la gestion administrative et comptable.

Vous annoncez aux directeurs d'hôpitaux qu'ils détiennent tous les pouvoirs et doivent se garder de les partager, notamment avec les élus, marginalisés – pour ne pas dire ridiculisés – dans des instances où ils ne pourront voter ni le budget, ni le plan stratégique, tous domaines où le directeur décidera seul. Les médecins siègeront au directoire, me direz-vous ; soit, mais ils n'y auront qu'un rôle consultatif. Le président de la CME n'a plus autorité pour exprimer le point de vue médical, relégué qu'il est au rôle de premier collaborateur du directeur de l'hôpital. Quant aux chefs de pôle, qui doivent en principe impliquer la communauté soignante dans la gestion, ils ne seront plus choisis par leurs pairs mais désignés par le directeur, qu'ils auront, en tant que collaborateurs, vocation à conseiller. Le système fonctionne en vase clos ; où est l'expression de la pensée médicale ? Sans parler, une fois encore, de la marginalisation des élus.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Mais non !

**M. le président**. Merci de conclure, monsieur Le Guen.

**M. Jean-Marie Le Guen**. Je termine, monsieur le président ; j'aurai de nouveau l'occasion d'interroger le Gouvernement sur ses intentions et ses objectifs. Veut-on réduire la gestion de l'hôpital à une logique administrative et financière, en confiant tous les pouvoirs à une seule corporation ? C'est ignorer la richesse qui fait l'hôpital.

**M. le président**. La parole est à M. Dominique Baert.

**M. Dominique Baert**. L'article 6 est aussi préoccupant que critiquable pour la gouvernance qu'il vise à mettre en œuvre.

**M. Patrick Roy**. Eh oui !

**M. Dominique Baert**. On prétend conforter le directeur de l'hôpital, mais il ne sera en réalité qu'un agent soumis à sa hiérarchie. Quand on voit le traitement que le Gouvernement réserve aux hauts fonctionnaires qui lui déplaisent ou s'écartent de la ligne,...

**M. Jacques Domergue**. Allons donc, cela faisait longtemps !

**M. Dominique Baert.** ...et quand on voit, comme ces derniers mois, qu'il leur fait payer cette attitude de leur poste, on peut avoir des craintes.

**M. Patrick Roy.** En effet !

**M. Dominique Baert.** Cette gouvernance ne me rassure pas, et elle ne rassure pas non plus beaucoup d'élus locaux. Le « super-patron » d'hôpital n'a en effet rien de rassurant. Comment pourra-t-il être autonome par rapport à sa hiérarchie ? En cas de conflit d'intérêts entre son établissement et son personnel, d'une part, et les préconisations de l'ARS, de l'autre, en faveur de qui tranchera-t-il ? Loin d'être un manager autonome, il sera soumis, mutable ou révocable, de sorte que sa carrière dépendra de sa capacité d'obéissance.

**M. Patrick Roy.** Eh oui !

**M. Dominique Baert.** Autre élément d'inquiétude et effet collatéral de l'article : l'éviction du maire et du président de la commission médicale d'établissement. Certes, selon l'article, le directeur est l'ordonnateur, mais surtout, il « conduit la politique générale de l'établissement » et « arrête le projet médical de l'établissement ». Est-ce acceptable ? Non : la politique générale et le projet médical d'un établissement intéressent directement le territoire et la population concernés. Quelle offre de soins ? Quelle organisation de la santé ? Quelles pathologies traiter ? Autant de choix importants au niveau local ; et l'on voudrait écarter les élus et les médecins des décisions ? Tous deux sont aujourd'hui parties prenantes des décisions du conseil d'administration ; dans le conseil de surveillance, ils ne seront que consultés. Ce n'est ni logique ni efficace. Les élus, notamment les maires des communes accueillant des établissements hospitaliers, doivent avoir leur mot à dire dans les décisions : ce sont les bulletins de vote qui en font les dépositaires des intérêts de leurs administrés.

Le directeur sera un exécutant dont on aurait tort de surestimer l'autonomie de décision par rapport à sa hiérarchie. En vérité, l'intention à peine voilée du projet de loi est d'évincer les élus de la gestion des hôpitaux publics, et, surtout, de faire du directeur d'hôpital le serviteur soumis du ministère ; le but, je le crains, est de conduire des restructurations dans les hôpitaux publics. Le rôle de l'élus local a toujours été d'endiguer l'action administrative lorsqu'elle était destructrice ; c'est pourquoi on l'élimine. Cet article est dangereux : pour donner au directeur le droit d'obéir à son ministre, il évince le maire.

C'est un recul de la démocratie, un affaiblissement programmé des territoires, une recentralisation qui ne dit pas son nom. C'est le contre-pouvoir légitime des élus locaux que l'on bâillonne. Quand la démocratie recule, on peut craindre le pire ; pour ma part, je le redoute ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Martine Pinville.

**Mme Martine Pinville.** L'article 6 vise à renforcer les pouvoirs et l'autonomie du chef d'établissement, qui devient ainsi président du directoire avec des prérogatives quasi exclusives. La pleine responsabilité de l'établissement lui est désormais confiée.

Permettez-moi de revenir quelques instants sur le processus d'élaboration du projet médical, qui doit constituer le cœur même d'un établissement de santé. Dans ce cadre, il me paraît primordial d'associer la commission médicale à la définition du projet médical d'établissement. En effet, il va de soi qu'il doit échoir au président de la commission médicale

d'établissement – dont le pouvoir ne doit pas être seulement consultatif – de proposer les fondements du projet qu'arrêtera le président du directoire.

**M. Patrick Roy.** Elle a raison !

**Mme Martine Pinville.** Il me paraît également fondamental que la commission médicale d'établissement ait un rôle moteur dans la mise en œuvre des politiques d'accueil et de prise en charge, ainsi que des politiques d'amélioration de la qualité et de la sécurité.

Par ailleurs, les chefs des différents pôles d'activité qui représentent, par essence, le *management* et le *leadership* médical, doivent être les artisans du projet médical. C'est à partir de leur connaissance des besoins et des attentes de la pratique médicale que doivent être bâties les conclusions des contrats de pôle d'activité. Leur rôle ne doit pas être réduit à la mise en application ; ils doivent participer à l'élaboration des contrats des pôles.

Enfin, j'insiste sur le rôle prépondérant que doivent tenir les personnels médicaux et paramédicaux dans l'élaboration du projet d'établissement. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

**M. le président.** La parole est à M. Jean Mallot.

**M. Jean Mallot.** Cet article 6 constitue la clef de voûte du système que la droite entend élaborer. Un directeur tout-puissant est placé à la tête d'une usine à gaz : voici l'hôpital-entreprise en marche, en quête de rentabilité.

Je ne peux m'empêcher de dresser la comparaison avec votre politique universitaire : dans l'un et l'autre cas, le Gouvernement entend imposer une philosophie nouvelle au fonctionnement des institutions de notre pays. Après la démocratie universitaire, au sein de laquelle toute la communauté universitaire avait voix au chapitre, qu'il s'agisse de nominations ou de la gestion matérielle et pédagogique des établissements, *exit* la démocratie sanitaire et sociale, désormais – où, jusqu'ici, la voix de toute la communauté hospitalière était prise en compte.

La loi relative aux libertés et responsabilités des universités, dite LRU, dispose, dans son article 6, que le président de l'université a autorité sur l'ensemble des personnels de l'établissement. De même, l'article 6 du présent texte dispose que le président du directoire exerce son autorité sur l'ensemble des personnels – la formule est la même.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** C'était déjà le cas auparavant !

**M. Jean Mallot.** Avec ces dispositions, vous engagez une forme de caporalisation du système de santé français, en créant la fonction de chef – aux pouvoirs accrus – des établissements de santé. Au fond, vous voulez mettre des Sarkozy partout ! ( « *De grâce !* » *sur les bancs du groupe SRC.*)

**M. Guy Lefrand.** C'est impossible : il est unique !

**M. Jean Mallot.** Et ce, sans contrepouvoirs ! Certes, l'article 6 prévoit que le directeur de l'hôpital exécute les délibérations du conseil de surveillance, mais le débat – sur l'article 5, en particulier – a bien montré que le pouvoir du conseil de surveillance a été soigneusement vidé



de sa substance. En effet, celui-ci n'adopte plus le budget, et ne donne qu'un avis sur des décisions aussi fondamentales que l'adhésion à une communauté hospitalière de territoire. En l'espèce, le directeur n'est donc pas amené à exécuter les délibérations, puisqu'il n'y en a point.

La marche progressive vers l'uniformisation du système est claire. La chaîne est complète : le Président de la République nomme le directeur d'ARS qui, à son tour, nomme le directeur d'établissement hospitalier, lequel nomme les personnels et dirige l'ensemble des affaires de l'hôpital sans qu'aucune délibération collective n'ait lieu à quelque moment que ce soit.

Voilà de quoi réfléchir à l'évolution institutionnelle de l'État, aux dispositions qui découlent de la révision constitutionnelle, malheureusement votée en juillet dernier, et au débat sur la loi organique. Peu à peu, chers collègues de l'UMP, vous voulez vous-mêmes devenir une sorte de conseil de surveillance du président installé à l'Élysée, qui ferait ainsi selon son bon vouloir. N'a-t-il pas annoncé la suppression de la taxe professionnelle sans crier gare ? Les députés, comme la presse, n'auraient donc plus qu'à commenter ses décisions...

**Mme Jacqueline Fraysse.** Du prince !

**M. Jean Mallot.** Le conseil de surveillance regarderait ces décisions passer, en émettant commentaires et observations, parfois même une critique – histoire de se soulager un peu. Et c'est tout.

Cette évolution institutionnelle est dommageable. Nous avons, les uns et les autres, expliqué pourquoi. C'est la raison pour laquelle nous combattons cet article 6 – son contenu, et jusqu'à son existence même ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

**M. Guy Lefrand.** Voilà un romancier bien peu convaincant !

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

**M. Gérard Bapt.** Mon propos aura une grande cohérence avec celui que vient de tenir M. Mallot.

**M. Guy Lefrand.** Souhaitons qu'il l'améliore !

**M. Gérard Bapt.** La tâche est ardue, compte tenu de son expérience et de ses compétences, qui sont grandes.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre de la santé.* Votre modestie est quelque peu affectée, monsieur Bapt ! (*Sourires.*)

**M. Gérard Bapt.** Cet article est emblématique de la volonté présidentielle de réformer l'hôpital – car c'est bien d'elle qu'est né l'essentiel dans ce projet de loi. La personnalité du Président de la République, que certains se plaisent à louer, que d'autres redoutent, l'incite à imprimer la même marque managériale à la gestion de l'hôpital qu'à la gestion de l'État.

Il faut un patron à l'hôpital, nous dit-il. Même s'il est appelé à agir dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens, et même s'il est soumis à révocation éventuelle de la part de la chaîne de commandement que vient de décrire M. Mallot, ce patron agira dans le cadre d'une

organisation semblable à celle du secteur marchand. En cela, l'une des recommandations du rapport Larcher, consistant à adapter les règles de gestion applicables aux établissements publics, de sorte qu'ils puissent concurrencer les établissements privés, est suivie.

Aujourd'hui, les nouvelles règles de gouvernance voulues par le Président de la République – et parfois coproduites par le groupe UMP – illustrent une rupture bien réelle. Ces règles, en effet, s'inspirent de celles qui prévalent dans des structures commerciales, où l'on distingue clairement entre l'organe de direction et l'organe de contrôle. *Exeunt* le conseil d'administration et le conseil exécutif ; deux nouvelles instances les remplaceront : le conseil de surveillance, que nous venons d'évoquer et auquel Mme la ministre a soigneusement veillé à ne pas donner de compétences supplémentaires par rapport à ce qu'exige le cœur du texte, et le directoire.

Davantage de pouvoirs et de responsabilités sont confiés – en quatorze points – au directeur, qui conduit la politique générale de l'établissement. Celui-ci s'appuie sur un directoire composé de membres du personnel de l'établissement, dont le vice-président est, certes, le président de la commission médicale d'établissement, mais dont les autres membres sont nommés ou révoqués par le directeur lui-même. Il s'agit donc davantage d'une cooptation directoriale que d'un travail d'équipe consensuel au sein du directoire.

D'ailleurs, le rôle confié au directoire est très limité : il prépare le projet d'établissement en s'appuyant sur le projet médical, et conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Au fond, le directoire oscille entre un groupe de travail, une commission et un organe consultatif. Voilà comment est élaborée une organisation managériale qui donne au directeur des pouvoirs de gestion du fonctionnement et de la stratégie de l'établissement – certes corsetés dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens – en tous domaines, y compris pour arrêter un projet médical proposé par le vice-président du directoire, c'est-à-dire le président de la CME.

Tel est le choix très clair du Président de la République. Et tel est le choix que, j'en suis certain, Mme la ministre prendra grand soin, au cours de la discussion sur les amendements à l'article 6, de bien protéger ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Michèle Delaunay.

**Mme Michèle Delaunay.** Avec l'article 6, nous en venons à un point d'achoppement essentiel. Au fond, ce n'est pas du directoire qu'il est question, mais de l'omnipotence de son directeur, puisqu'il est la seule personne douée d'une quelconque autorité – les autres semblant être ses assistants, y compris le président de la CME, que l'on pourrait appeler directeur-adjoint.

Reconnaissons d'ailleurs que cette omnipotence du directeur n'est pas souvent en rapport avec ses compétences, surtout au regard de la manière dont il est recruté. Ses pouvoirs sont pourtant larges au point qu'il faut au présent article 22 alinéas pour définir l'étendue de ses compétences variées.

Le vocabulaire employé dans cet article soulève un problème théorique, car il entretient une confusion entre le pouvoir exécutif et celui de concevoir et de recenser les besoins de la population. À chaque phrase ou presque de l'article, ce directeur, qui est à la tête du pouvoir

exécutif – ce que nous ne contestons pas – a le droit, et même la mission de conduire, de diriger et d'élaborer jusqu'au projet médical – plutôt que de le mettre en œuvre.

Il va de soi que cette vassalisation non seulement du président de la CME – ce qui est déjà regrettable en soi – mais aussi des médecins qu'il représente et, plus grave encore, du projet médical lui-même, est le point essentiel de cet article. Ce directeur d'établissement n'a désormais plus qu'une seule autorité au-dessus de lui – comme en écho à la manière dont sera nommé et révoqué le directeur de France Télévisions.

**Mme Catherine Génisson.** Peut-être, à sa révocation, pourra-t-il devenir directeur d'hôpital ?

**Mme Michèle Delaunay.** Pourquoi ne pas envisager une permutation, en effet ? (*Sourires.*) Quoi qu'il en soit, le directeur aura la chance, lui aussi, de pouvoir être révoqué sans autre forme de procès s'il déplaît, ou s'il n'atteint pas les objectifs qui lui ont été assignés.

Ainsi, vous créez à l'hôpital une structure strictement pyramidale et hiérarchique. Non seulement elle est dommageable au plan des principes mais, en pratique, elle ne pourra pas fonctionner.

**M. Patrick Roy.** Eh non !

**Mme Michèle Delaunay.** Les médecins ont l'habitude d'être considérés comme des gens responsables et matures – je regrette que M. Debré ne soit plus là.

**M. Jacques Domergue.** Il est votre meilleur allié !

**Mme Michèle Delaunay.** Peut-être est-ce pour cette raison qu'il n'a pas été nommé ministre de la santé. M. Debré, s'il se trompe et place sa pince sur le mauvais vaisseau, risque le trépas de son patient.

**M. le président.** Il faut conclure, madame.

**Mme Michèle Delaunay.** C'est très important : nous sommes tous ici pour nous assurer que les hôpitaux fonctionnent. Les médecins, qui ont l'habitude d'être considérés comme des personnes matures et responsables, ne se laisseront pas caporaliser de la sorte !

**M. Jacques Domergue.** Vous oubliez le bicornes !

**Mme Michèle Delaunay.** Ce fonctionnement pyramidal, dominé par une personne dépourvue des compétences et des connaissances médicales, et non soumise à l'obligation de concertation, ne pourra que susciter des problèmes. Même en Sarkozie, il sera très difficile de faire fonctionner des hôpitaux sans les médecins !

**Mme Élisabeth Guigou.** Très bien !

**M. le président.** La parole est à M. Christophe Sirugue.

**M. Christophe Sirugue.** Mes collègues en font la démonstration depuis des heures, pour qu'un établissement hospitalier fonctionne bien, il doit y avoir une cohérence entre les différents acteurs, qu'il s'agisse des acteurs administratifs, médicaux et même des acteurs

démocratiques que sont les élus représentant les populations. Si cette nécessaire cohésion est reconnue par tous, elle justifie une reconnaissance de ces différents acteurs.

Or l'article 6 est à l'évidence un frein, puisqu'il produit un déséquilibre profond entre ces différents acteurs en accordant un pouvoir important au directeur. Une série de pouvoirs nouveaux lui sont attribués et je voudrais appeler votre attention sur deux incidences.

En premier lieu, comme l'ont souligné les précédents orateurs, ce texte montre que vous avez une vision exclusivement comptable de la gestion des établissements hospitaliers. Faisant fi des aspects médicaux et, notamment, du projet médical, vous accordez toute la place à une autorité administrative qui s'empare des problématiques médicales pour ne les analyser qu'à travers la direction donnée par le directeur de l'ARS. Or les directeurs étant nommés par les ARS, il n'y a pas d'autonomie possible, et donc, pas de distinction entre les politiques publiques voulues par le Gouvernement et celles menées dans les différents établissements.

En second lieu, même si ce texte a pour objectif d'évacuer tout débat à l'intérieur du conseil de surveillance ou du directoire, il n'en demeure pas moins qu'il risque de faire apparaître le directeur comme le représentant local du Gouvernement et des orientations gouvernementales – je rappelle que nous sommes dans le cadre d'une reconcentration de la décision. De ce fait, nous devons réinstaurer des débats politiques qui, à n'en pas douter, nuiront au fonctionnement des centres hospitaliers. C'est regrettable, car – Jean-Marie Le Guen l'a dit tout à l'heure – au fil du temps, un équilibre s'était instauré entre la CME et les directeurs, entre le directeur et le président du conseil d'administration, qui était aussi le maire. Vous allez briser cet équilibre, et les représentants des personnels, des médecins et des élus n'auront pas d'autre possibilité que celle de faire du directeur l'interlocuteur des politiques publiques voulues par ce gouvernement – et peut-être par ceux qui lui succéderont. Ce n'est pas là ce qui peut nous rassembler autour de ce texte.

L'article 6 bouleverse profondément la vie à l'intérieur des centres hospitaliers, évacue la communauté médicale et les représentants des élus. En ce sens, il est extrêmement dangereux pour l'avenir de l'hôpital public. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Monique Iborra.

**Mme Monique Iborra.** Madame la ministre, au fur et à mesure que nous avançons dans l'examen de ce projet de loi, nos inquiétudes, comme nos convictions, s'affirment malheureusement, à la lumière de nos débats. C'est pourquoi nous avons déposé un certain nombre d'amendements – que, sans doute, vous n'accepterez pas.

Vous menez une bataille en règle contre l'hôpital. Comme cela a été dit sous une autre forme, vous dénaturez complètement l'activité des hôpitaux publics, qui sont au cœur de notre système de soins, en mettant la gouvernance comptable administrative au cœur des établissements publics.

Ainsi, madame la ministre, il se peut que j'aie mal compris, mais vous paraît-il normal que le projet médical doive être en conformité avec le contrat d'objectifs et de moyens ? Ne serait-ce pas plutôt l'inverse ? La question vous a déjà été posée par M. Prél, mais nous n'avons pas eu de réponse. C'est bien la gouvernance administrative comptable qui est au cœur de votre projet.

J'en viens aux services et aux chefs de pôles qui, de notre point de vue, devraient assurer la nécessaire transversalité au plus près des services de soins. Madame la ministre, que garantissez-vous à ces médecins chefs de pôles, si ce n'est d'être une courroie de transmission entre l'administration et les services de soins ? Pensez-vous vraiment que de jeunes médecins puissent être intéressés par les carrières hospitalières, si elles n'ont pour seul objectif que d'être une courroie de transmission sans pouvoir entre l'administration et les services de soins ?

Les bancs clairsemés de la majorité...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. C'est sans doute que vos propos n'intéressent pas les députés de la majorité !

**M. le président**. Il va falloir conclure, madame Iborra !

**Mme Monique Iborra**. Les bancs clairsemés de la majorité témoignent-ils du désintérêt qu'elle porte au texte ? À moins – j'ose l'espérer – qu'elle ne soit un peu gênée d'être avec vous, madame la ministre, les fossoyeurs de l'hôpital public ! (« *Très bien !* » *sur plusieurs bancs du groupe SRC.*)

**M. Élie Aboud**. Ce n'est pas gentil de dire cela !

**M. le président**. La parole est à M. Patrick Roy.

**M. Patrick Roy**. Dans cet article 6, que nous avons tous lu avec un intérêt mitigé, il semble que le directeur devienne le patron tout-puissant, pour ne pas dire exclusif, et qu'il décide du projet médical. Bigre ! Les malades peuvent se faire du souci pour les mois et les années à venir ! Ils sont déjà inquiets aujourd'hui. J'aurais aimé que ce texte relatif à l'hôpital et aux territoires donne la priorité aux malades, qui subissent déjà les déserts médicaux, les dépassements d'honoraires de plus en plus fréquents, le non-remboursement des médicaments et, je crois en avoir déjà parlé une ou deux fois, les franchises médicales.

**M. Jean Mallot**. J'ai cru que Patrick Roy allait oublier les franchises médicales ! (*Sourires.*)

**M. Patrick Roy**. Le directeur, selon moi, et j'ai cru comprendre que cet avis était partagé par tous mes collègues, ne doit pas conduire la politique générale de l'hôpital. Il peut être associé à l'aspect médical, mais celui-ci doit être du ressort de la CME. Le directeur devrait se borner à mettre en œuvre ce dont les médecins seraient convenus collectivement. Or telle n'est pas la philosophie de votre texte. La CME devrait en effet avoir un pouvoir fort sur le projet médical, sur la qualité et la sécurité des soins, l'accueil et la prise en charge.

Je crains que votre texte, qui offre une vision très économique de l'hôpital ne conduise celui-ci à privilégier la gestion des fonds, bien avant les soins. Certes, personne ne conteste l'utilité d'une bonne gestion. Mais ce sont les soins d'abord, les sous après ! Las, pour vous, ce sont les sous d'abord, les soins après ! C'est pour cette raison que nous sommes opposés à ce texte.

Pour terminer, je voudrais rebondir sur les propos, toujours excellents, de notre collègue Jean Mallot, qui a insisté sur l'aspect dangereux, au sens républicain, d'un directeur tout-puissant. Voilà ce qu'accepte votre majorité, qui est de plus en plus aux ordres d'un homme tout-puissant, qui ne veut plus d'opposition ni de débat collectif, qui veut tout régenter, tout

organiser, tout décider ! Les autres – qu’ils soient ou non ses amis – devront baisser la tête et accepter d’une petite voix timide. Même ici, dans cet hémicycle,...

**M. le président.** Il va falloir conclure, monsieur Roy !

**M. Patrick Roy.**...dès lors que nous essayons de dire la vérité, on nous coupe la parole ou on nous menace. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre de la santé.* Oh !

**M. Patrick Roy.** Il arrive que l’on empêche des députés de l’opposition de s’exprimer. Ils doivent alors recourir à des artifices pour se faire entendre. Il y a là une dérive, qu’a excellemment soulignée Jean Mallot. Je m’associe à sa crainte, avec l’ensemble des amis...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre de la santé.* Des camarades : osez le mot !

**M. Patrick Roy.** ...de mon groupe et du groupe GDR qui, je le constate, approuve cette démarche. Je suis sûr qu’il y a, dans les rangs de la majorité, c’est-à-dire de la future opposition, quelques républicains dont le cœur va s’enflammer. Ils vont se réveiller et dire : « Associons-nous, car ensemble, tout est possible ! » (*Exclamations et rires sur les bancs du groupe UMP.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

**Mme Jacqueline Fraysse.** J’ai eu l’occasion de dire à plusieurs reprises à quel point nous contestons la philosophie qui sous-tend l’ensemble de ce texte, et notamment la nouvelle gouvernance mise en place à l’hôpital. Cet article illustre tout particulièrement le caractère de la démarche et je m’associe à cette expression de « fossoyeurs de l’hôpital public ». Je le ressens à la lecture de chaque ligne de ce texte et je constate que, même sur les bancs de la majorité, beaucoup d’aspects posent problème, et pas des moindres.

L’article 6 traite du directoire des établissements publics de santé, qui remplace le conseil exécutif. Le texte prévoit que ce directoire sera très resserré puisqu’il ne pourra pas compter plus de sept membres, alors que le précédent conseil exécutif pouvait aller jusqu’à plus du double.

Le texte renforce considérablement, tout le monde l’a dit, les pouvoirs du président. C’est une véritable structure de commandement de l’hôpital, très pyramidale, hiérarchisée et autoritaire, où le pouvoir n’est limité que par le pouvoir placé au-dessus de lui. Cette façon de procéder nous inquiète à juste titre, car, depuis Montesquieu, rien ne limite mieux l’arbitraire d’un pouvoir qu’un autre pouvoir. Et c’est bien ce que vous mettez en place, puisque le ministère a autorité sur le directeur de l’ARS, qui a lui-même tout pouvoir sur le chef d’établissement, lequel a, à son tour, autorité sur le chef de pôle, et ce dernier sur les praticiens qui exercent.

Vous nous dites que ces dispositions visent à renforcer le pilotage de l’hôpital en désignant un seul patron : même cela n’est pas exact. Cela semble l’être, puisque le président du directoire hérite de nombreuses compétences qu’il n’avait pas précédemment, mais en réalité, c’est faux. Ce directeur, en apparence tout-puissant, ne sera que le factotum du directeur de l’ARS, lui-même directement placé sous l’autorité du Gouvernement.

À l'évidence, une telle structure permet au Gouvernement d'imposer ses choix. C'est le seul avantage que j'y voie. Les décisions prises en conseil des ministres ne seront guère contredites jusqu'à leur application dans les salles de consultation. En effet, cette chaîne de commandement fait peu de cas de son dernier échelon, c'est-à-dire les praticiens hospitaliers et les personnels soignants, notamment.

Ce dispositif présente donc des dangers réels. D'abord, il déresponsabilise, alors que vous faites justement de la responsabilisation l'un de vos chevaux de bataille. Il induit des risques d'injonction paradoxale, car les personnels soignants et le directeur de l'établissement, le directeur de l'hôpital et celui de l'ARS n'ont pas les mêmes angles de vue et donc pas forcément les mêmes priorités : les uns soignent des personnes, les autres sont garants de l'équilibre budgétaire.

Or, dans un établissement hospitalier particulièrement, il est primordial que l'objectif d'équilibre budgétaire ne vienne pas supplanter celui des soins. Il est donc indispensable d'équilibrer les pouvoirs afin de distinguer les impératifs budgétaires des impératifs sanitaires et le projet d'établissement du projet médical d'établissement.

**M. le président.** Il va falloir conclure, madame Fraysse !

**Mme Jacqueline Fraysse.** C'est de cet équilibre que dépendent les réponses aux besoins, la qualité et l'efficacité de ces réponses, et ce d'autant plus que j'ai noté que la mention selon laquelle l'autorité du directeur s'exerce dans le respect des règles déontologiques des professions de santé a été supprimée. Cette disposition constituait pourtant un engagement intéressant, en ce qu'elle limitait quelque peu, au moins en théorie, les pouvoirs du directeur. Pourquoi cette précision a-t-elle été retirée ? Je souhaiterais que Mme la ministre nous dise ce qu'elle en pense.

Ce texte est donc fondamentalement dangereux à tous points de vue. Nous sommes résolument opposés à cette démarche. Nous allons toutefois essayer d'améliorer ce texte en proposant des amendements visant à limiter un peu les prérogatives du directeur tout-puissant.

**M. le président.** Il faut vraiment conclure, madame Fraysse !

**Mme Jacqueline Fraysse.** Il s'agit de permettre à l'ensemble des acteurs de la chaîne de soins et de fonctionnement de l'hôpital de prendre une part active à la réalisation de ces projets au service des citoyens et des patients. Je crains que ceux-ci n'aient été oubliés dans ce texte.

**M. le président.** La parole est à Mme Valérie Fourneyron.

**Mme Valérie Fourneyron.** Nous débattons depuis deux semaines de ce projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires ». Au fur et à mesure de l'examen des articles, nous mesurons la gravité de ce texte qui remet en cause l'ensemble de l'organisation du service public de la santé dans notre pays et celle de nos établissements hospitaliers.

L'incompréhension entre nous est totale, s'agissant des missions rendues en matière de soins dans les établissements publics hospitaliers. Vous ne cessez, en effet, de les comparer aux missions exercées dans les établissements privés. Mais vous ne prenez jamais en compte, à propos notamment de la tarification, les missions de recherche, les missions de formation, les

missions de précarité, les missions d'accueil vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Les médecins de ces établissements publics hospitaliers en sont arrivés à se demander s'ils devaient travailler moins pour dépenser moins.

Nous venons d'examiner l'article 5 relatif au conseil de surveillance. Auparavant, c'est vrai, le pouvoir était partagé, au sein des conseils d'administration, entre les élus, les personnels et les soignants pour voter le budget, arrêter le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Aujourd'hui, vous faites de ce conseil de surveillance une coquille vide. Son organisation – conseil de surveillance et directoire – est finalement la même que celle que vous avez voulue pour l'université, pour les ports et pour nos entreprises.

Arrive, maintenant, cet article 6 avec ce directeur tout-puissant qui pourra avoir cette autorité maximale. Rendez-vous compte : il sera compétent en matière de budget, de nominations, de bilan social, de programme d'investissement, de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, de projet d'établissement pour lequel j'espère qu'au moins un amendement proposera qu'il soit voté d'abord par la CME.

Nous constatons combien les tarifs, la rentabilité, les objectifs financiers et administratifs sont la porte d'entrée de ce texte et combien vous avez oublié le patient et les soins. Nos concitoyens souhaitent pourtant qu'on prenne en compte leurs demandes en matière de santé publique. C'est même leur priorité.

**Mme Catherine Génisson et M. Jean Mallot.** Très bien !

**M. le président.** La parole est à M. Jacques Domergue.

**M. Jacques Domergue.** Nous sommes effectivement au cœur du débat : l'article 6 est fondateur pour l'articulation générale du texte.

**Mme Jacqueline Fraysse.** C'est sûr !

**M. Jacques Domergue.** Chers collègues, vous faites un procès d'intention permanent...

**Plusieurs députés du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.** Non !

**M. Jacques Domergue.** ...à ceux qui prendront en charge la destinée de l'établissement, qu'il s'agisse du directeur ou du président de la CME.

Un élément change aujourd'hui la donne. En effet, depuis la mise en place de la T2A, tous les intérêts sont convergents.

**Mme Catherine Génisson.** Qui l'a mise en place ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre de la santé.* C'est vous !

**M. Jacques Domergue.** Il faut s'en réjouir, madame Génisson !

**Mme Catherine Génisson.** Cela prouve justement que nous ne sommes pas irresponsables !



**M. Jacques Domergue.** Les directeurs d'établissement ont intérêt à ce que leur structure fonctionne. Tel n'était pas le cas avec le budget global :...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Exactement !

**M. Jacques Domergue.** ...il fallait alors calculer pour travailler, pas trop, mais pas trop peu non plus. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*) Aujourd'hui, la situation évolue : les directeurs d'établissement, qui ont intérêt à ce que leur structure fonctionne, doivent donc mettre à la disposition des personnels médicaux et paramédicaux tous les éléments nécessaires.

Les professionnels de santé, quels qu'ils soient, ont également intérêt à faire fonctionner leur service ou leur pôle. En effet, ils sont dans une même logique. Leur rôle est d'assurer une mission de service public et de répondre à la demande de la population ou des correspondants. Là encore, on a constaté que les intérêts divergents entraînaient parfois une inadéquation entre les besoins d'un service ou d'un pôle et ceux d'un établissement. On a vu, par le passé, que des activités étaient contraintes de s'interrompre avant même que l'année ne soit terminée.

Aujourd'hui, les choses sont totalement différentes. Il existe une adéquation entre les budgets alloués aux établissements et les activités médicales. C'est heureux. Cet élément, à lui seul, doit vous faire comprendre que l'articulation des établissements doit être modifiée afin de permettre une meilleure organisation fondée sur la confiance. C'est en ce sens que cet article a toute son importance.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur.** Très bien !

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Les interventions ont été nombreuses, mais ne se sont pas avérées, du moins de la part de l'opposition, très différentes. Elle a donné de l'hôpital public, tel qu'il existe actuellement, une image idyllique. Rien n'est à changer !

**Plusieurs députés du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.** Mais non ! Personne n'a dit cela !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** « Tout va très bien, madame la Marquise » !

Je remarque d'ailleurs que, depuis le début de la discussion, des critiques, il y en a, des caricatures, il en pleut, mais des propositions, nous en cherchons !

**Plusieurs députés du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.** Il y en a dans nos amendements !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Il ne s'agit pas d'une vision d'ensemble. Vous ne proposez pas un modèle alternatif.

**Mme Jacqueline Fraysse et Mme Catherine Génisson.** Si !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Aujourd'hui, la difficulté à prendre des décisions à l'hôpital constitue un véritable obstacle à la conduite du changement et à l'adaptation de l'hôpital à son environnement et aux besoins de la population. (*Protestations sur les bancs du groupe SRC.*)

**M. Jean-Marie Le Guen**. Donnez des exemples !

**M. le président**. Seule Mme la ministre a la parole !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Le pilotage des hôpitaux publics nécessite le renforcement des pouvoirs de ses équipes dirigeantes et, en premier lieu, du chef d'établissement. S'appuyant sur son directoire, le directeur se voit confier la responsabilité de l'établissement de santé.

La clarification du pilotage est une condition essentielle à la mise en œuvre réelle des délégations de gestion dans les pôles et à l'assouplissement de la gouvernance.

Dans cette optique, la relation président et vice-président du directoire doit fonctionner comme un véritable binôme. Le directeur doit pouvoir travailler en étroite concertation avec les médecins. Le directeur est désormais compétent pour choisir, avec le président de la CME, les praticiens qu'il recrute et décider de l'organisation interne, évaluer les personnels, décliner la politique de qualité et de sécurité et signer le contrat pluriannuel avec l'ARS. Le directeur ne pourra pas, bien entendu, faire cela seul, mais en travaillant avec un directoire à majorité médicale.

Le directeur pourra également s'appuyer sur des chaînes de responsabilité clarifiées et des circuits décisionnels déconcentrés au niveau des pôles, confiés à des médecins chefs de pôles. À ce titre, les présidents de commission médicale d'établissement, vice-présidents des directoires voient leur rôle de garants de la qualité médicale des projets accru et valorisé. Pour les présidents de CME, il s'agit bien d'être vice-président d'une instance, le directoire, qui a des pouvoirs importants.

Les chefs de pôles sont également responsabilisés. Afin de poursuivre la réforme initiée voilà quelques années, avec la création des pôles, on leur donne de nouveaux leviers et notamment cette « autorité fonctionnelle » sur tous les agents affectés au pôle, y compris les médecins.

J'ai voulu une réforme pragmatique, ancrée dans les valeurs et le savoir-faire des professionnels de l'hôpital.

L'hôpital est et doit rester une exception dans notre paysage institutionnel. C'est une exception par ses missions, car il prend en charge les plus fragiles d'entre nous, car il est le lieu de la vie, de son commencement et de sa fin ; exception par son fonctionnement, il ne s'arrête jamais de fonctionner ; exception par son activité, non programmable pour une grande partie. C'est aussi une exception par son financement, assuré par la collectivité – je signale que l'assurance maladie finance 98 % des dépenses hospitalières – et dont les montants exigent un savoir-faire, des outils et une rigueur sans faille.

Cette exception crée une exigence de qualité : qualité des soins et qualité de gestion pour que toutes les ressources qui y sont consacrées servent la qualité de ces soins et permettent leur développement au plus grand bénéfice de tous.

Les médecins sont responsables de l'élaboration du projet médical. Ils y associent les paramédicaux – il est essentiel de le souligner – et en particuliers les cadres et le directeur des soins, qui doit faire partie du directoire. Un certain nombre d'amendements ont été déposés, qui tendent à associer les personnels soignants autres que médicaux.

Le directoire et toute l'équipe de direction ont la responsabilité de la gestion de l'établissement pour que ce projet médical puisse se réaliser dans toutes ses composantes scientifiques et humaines.

C'est pour cette raison que l'encadrement est médical : les chefs de pôles médico-techniques sont des médecins qui déclinent le projet dans le cadre du contrat de pôle signé avec le directeur. Ces chefs de pôles pourront recruter des médecins dont ils proposeront la nomination au directeur, après avis du président de la CME. C'est bien sûr le directeur, parce que c'est son rôle, qui signera la nomination. Ce pilotage médical des pôles garantit l'indépendance des médecins et la déontologie qui s'y attache.

Le directeur n'est pas une figure autoritaire ; il ne gouverne pas seul.

**M. Pierre Méhaignerie**, *président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales*. Exactement !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Il met ses compétences au service d'un projet médical. Ainsi, le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » consacre la très forte relation entre le directeur et les médecins, dans le respect du rôle et des responsabilités de chacun.

Avant que nous n'entamions la discussion sur l'article 6, il me semble utile de vous dire, comme je l'avais fait sur l'article 5, sur quels points je considère, au vu de nos débats, que le Gouvernement doit ouvrir le jeu, accepter des évolutions, des respirations du texte. Quand on regarde amendement par amendement, on a du mal à voir la cohérence d'une démarche.

L'hôpital souffre de lenteur dans les prises de décisions : c'est l'un des principaux obstacles à son évolution, alors que nous attendons que ce soit une structure dynamique et réactive.

Cet article a pour objet de donner aux établissements publics de santé les moyens de s'adapter à leur environnement, aux besoins de santé de la population et aux innovations médicales. Il a pour objet de donner aux établissements les moyens de la modernité, et prolonge les dispositions sur la nouvelle gouvernance mises en œuvre depuis quatre ans.

Ainsi, cet article renforce les deux piliers de l'hôpital que sont le chef d'établissement, d'une part, et le président de la commission médicale d'établissement, d'autre part. J'ai voulu renforcer le rôle et les prérogatives de ces deux acteurs majeurs.

Comme l'a excellemment rappelé hier Jacques Domergue, le projet de loi « Hôpital, patients, santé, et territoires » assure une complémentarité entre la pensée médicale, le corps médical et celui des directeurs, entre les pratiques soignantes et la gestion administrative.

Il n'y a pas d'opposition en effet, mais complémentarité, entre une bonne gestion administrative et financière, et la qualité des soins. L'expérience prouve même qu'il y a bien souvent corrélation entre ces deux composantes : les établissements bien gérés sont aussi ceux

dont la qualité des soins est exemplaire. Quand un établissement est bien géré, les patients en sont les premiers bénéficiaires, car les ressources ainsi dégagées sont mises au service des soins.

Ne tombons pas dans la caricature. Dans cet article, le chef d'établissement voit ses responsabilités en matière de gestion renforcées mais, bien entendu, il ne prend pas de décision médicale. Ce qui relève du choix médical demeure la prérogative exclusive des médecins. Mon projet de loi consolide la relation de confiance entre le patient et le praticien.

J'accepterai d'ailleurs l'amendement n° 323 présenté par le rapporteur, au nom de la commission des affaires sociales, précisant que le directeur de l'établissement exerce son autorité dans le respect des règles déontologiques. Cela me semble indispensable.

À ses côtés, le président de la commission médicale d'établissement devient vice-président du directoire. C'est la première fois qu'un texte législatif consacre ainsi le rôle de la commission médicale d'établissement et de son président. Quelle autre structure, publique ou privée, place-t-elle ainsi, aux côtés de son directeur, un professionnel élu par ses pairs ?

Néanmoins, j'ai entendu vos inquiétudes, et je partage votre souhait de voir le projet médical au cœur du projet d'établissement. C'est pourquoi j'ai voulu accepter des amendements qui traduisent dans la loi cet objectif. Je souhaite que le rôle de la CME et celui de son président soient pleinement reconnus.

Ainsi, la CME donnera un avis sur le projet médical, c'est l'amendement n° 325 de la commission des affaires culturelles. Le président de la CME coordonnera la politique de l'établissement, amendement n° 329 de Jean-Marie Rolland et Yves Bur, et les modalités d'exercice du président de CME seront précisées par décret, amendement n° 1044 de madame Delaunay.

Mon projet de loi conduit à ce que chaque acteur au sein du système hospitalier, qu'il soit directeur, médecin, infirmier, cadre, agent technique, et la liste n'est pas exhaustive, se recentre sur son cœur de métier tout en participant pleinement à la vie institutionnelle de l'établissement.

Le directoire est l'instance de pilotage de l'établissement, le directeur le consulte pour toutes les décisions essentielles. C'est pourquoi je souhaite qu'il soit composé à majorité de médecins, et j'accepterai l'amendement n° 333 de Jean-Marie Rolland, qui me semble particulièrement bienvenu.

Les médecins sont responsables de l'élaboration du projet médical. Ils y associent les paramédicaux et, en particulier, les cadres et le directeur des soins, qui doit faire partie du directoire.

J'ai accepté hier l'amendement de Mme Génisson permettant de faire siéger un membre de cette commission des soins infirmiers au conseil de surveillance. Dans le même esprit, j'accepterai aujourd'hui l'amendement n° 1024 de M. Péliissard et de M. Perrut visant à faire nommer les directeurs-adjoints et les directeurs de soins par le centre national de gestion. Nous avons eu une discussion importante sur le centre national de gestion. Je salue à nouveau le travail remarquable de détection et de gestion des ressources humaines qu'il effectue.

Ainsi, je souhaite que cette gouvernance renouvelée permette à chacun d'assumer pleinement toutes ses responsabilités, pour que les établissements puissent répondre aux défis qui sont les leurs en matière de qualité des soins, d'accueil de tous les patients, surtout les plus fragiles, et de projet médical.

Voilà ce que cet article 6 apporte pour un hôpital rénové, modernisé, au service des patients.  
(*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

**M. le président.** Je vais suspendre la séance quelques instants.

*Suspension et reprise de la séance*

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

(*La séance, suspendue à dix-huit heures cinquante-cinq, est reprise à dix-neuf heures.*)

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

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse pour soutenir l'amendement n° 971.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Cet amendement tend à supprimer l'article 6. Les interventions que je viens d'entendre me confortent d'ailleurs dans l'idée qu'il s'agit d'un article extrêmement dangereux.

Mme la ministre prétend que nous défendons le *statu quo*. Je m'inscris en faux contre cette appréciation, qui n'est pas honnête. Nous avons tous participé à une discussion générale fournie, après des travaux en commission extrêmement importants. Tout le monde sait donc, y compris Mme la ministre, que nous ne sommes pas pour le *statu quo*.

S'il s'agissait de moderniser, de dynamiser, de donner davantage de marges de décision, donc d'autonomie, aux directions hospitalières, nous pourrions éventuellement être d'accord, mais ce n'est pas le cas : votre projet tourne au contraire le dos à cette modernisation, à ce dynamisme, à cette implication de tous, aux marges de décision accrues des équipes de direction.

**M. Patrick Roy.** Eh oui !

**Mme Jacqueline Fraysse.** Le contenu de cet article vise à démobiliser tout ce qui est collectif, alors que, à l'hôpital plus qu'ailleurs, le travail est efficace et les services sont de meilleure qualité si tous les membres des équipes œuvrent en harmonie, en confiance, sur la base d'un projet partagé.

Or c'est exactement le contraire que vous proposez, puisque tout sera entre les mains d'un chef. Les autres pourront, éventuellement, donner un avis, mais ils ne devront surtout avoir aucun pouvoir, aucune possibilité de modifier quoi que ce soit. Or même les pouvoirs du directeur sont un leurre, puisque, par l'intermédiaire du directeur de l'ARS, le Gouvernement imposera ses choix. La communauté hospitalière, les soignants seront complètement écartés, alors que la cogestion est nécessaire et que ces personnels doivent être présents aux côtés des représentants de la gestion administrative.

Avec un tel projet, il ne faudra pas s'étonner que nous manquions de praticiens hospitaliers. Ce texte, cette démobilisation ne contribueront nullement à ce que des gens aient envie de s'engager au sein de l'hôpital public. Pour toutes ces raisons, nous demandons la suppression de cet article.

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

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur.** Le débat mérite mieux que des caricatures et des polémiques.

**Mme Catherine Génisson.** Certes !

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur.** Il faut rappeler, après avoir écouté Mme la ministre, que l'article 6 a pour objet de faciliter le pilotage des établissements publics de santé par le renforcement des pouvoirs et de l'autonomie du chef d'établissement. C'est l'un des éléments clés de la réforme. La commission a bien évidemment repoussé cet amendement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Je me suis longuement exprimée pour défendre l'article 6. Je suis évidemment défavorable à sa suppression.

**M. le président.** La parole est à M. Patrick Roy.

**M. Patrick Roy.** Si j'ai bien écouté ce qu'ont dit la ministre et le rapporteur, je n'ai pas non plus manqué de relever également ce que nous disait M. Domergue qui, en s'exprimant sur l'article, nous reprochait de faire à la majorité un procès d'intention, comme si nous étions excessivement méfiants et réservés.

Je peux concevoir, même dans le cadre de cette réforme, qu'il y ait des directeurs conscients de l'intérêt médical, ouverts au débat collectif, ayant tout pouvoir mais donnant la parole et écoutant. Il y en aura, je n'en doute pas, mais, la nature humaine étant ce qu'elle est, il y aura aussi des directeurs qui, ayant tous les pouvoirs et obéissant aux ordres d'en haut, négligeront l'aspect médical. Si nous votons l'article 6, je vous prédis des lendemains très difficiles dans de nombreux hôpitaux.

Vous devriez écouter la sagesse de Mme Fraysse, chers collègues. Il vous reste quelques secondes pour vous mobiliser, pour vous rendre compte que le risque est trop grand et qu'il faut voter l'amendement qu'elle a excellemment défendu.

*(L'amendement n° 971 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Valérie Rosso-Debord pour soutenir l'amendement n° 1071.

**Mme Valérie Rosso-Debord.** Cet amendement a pour objectif de mettre en coordination le texte avec un certain nombre d'éléments.

Le conseil exécutif devient un directoire doté de compétences larges en matière de gestion et présidé par le chef d'établissement. Il est en effet l'instance dans laquelle débattrà une équipe

de direction – composée de cadres administratifs et de cadres médicaux, – qui assistera le directeur.

En cohérence avec les autres évolutions prévues par le texte, l'amendement propose de resserrer la composition du conseil exécutif afin de mieux valoriser sa fonction exécutive, en centrant sa dimension médicale autour de responsables de pôles, responsables du management de l'activité clinique, qui est l'objet même de l'hôpital ; de consacrer le rôle essentiel du président de CME, qui sera le vice-président du directoire, ce qui impliquera de nouvelles conditions de valorisation et de sanction de l'exercice de cette responsabilité.

Il convient également de tirer les conséquences de cette nouvelle gouvernance dans les dispositions relatives au régime budgétaire et comptable des établissements publics de santé. Les programmes d'investissement et le plan global de financement pluriannuel sont de la compétence du directeur. Ils doivent donc être exclus du projet d'établissement, qui est de la compétence du conseil de surveillance.

De même, les dispositions relatives à l'état des prévisions de recettes et de dépenses sont adaptées, ainsi que celles relatives au contrôle exercé par le directeur général de l'Agence régionale de santé sur les décisions de l'établissement public de santé.

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

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur.** Une phrase résume l'esprit dans lequel a été écrit cet amendement. Notre collègue précise, en parlant du directeur d'établissement : « Il exécute les délibérations du conseil de surveillance. » C'est dénaturer complètement l'esprit du texte que de revoir les attributions du directeur. La commission a donc repoussé cet amendement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Il y a de bonnes choses dans l'amendement de Mme Rosso-Debord et dans sa volonté de fluidifier un certain nombre de dispositifs. Cependant, plusieurs dispositions de l'amendement affaiblissent la fonction du directeur et portent ainsi un risque de dissolution des responsabilités et même de transfert complet de ces responsabilités, ce qui pourrait alourdir les procédures.

Je demande donc à Mme Rosso-Debord de retirer son amendement.

**Mme Valérie Rosso-Debord.** Je le retire.

*(L'amendement n° 1071 est retiré.)*

**M. le président.** J'en viens donc à l'amendement n° 1062.

La parole est à Mme Catherine Génisson.

**Mme Catherine Génisson.** Dans le sens, je pense, de ce que souhaite Mme la ministre, cet amendement dispose : « Le directeur préside le directoire. Il met en œuvre avec lui la politique générale de l'établissement. » Nous entendons ainsi réaffirmer avec force qu'il n'y a pas que le binôme directeur-président de la CME, même s'il est important.

Madame la ministre, vous avez tenu à apporter un certain nombre de précisions sur l'article 6, et je crois que nous devrions tous nous entendre pour tordre le cou à un certain nombre de clichés. Ainsi que nos concitoyens le reconnaissent, notre hôpital public fonctionne encore bien ; il rend d'immenses services à la population ; il est le lieu où chacun peut accéder à des soins de qualité. Il est important de le souligner, parce qu'on a l'impression, dans nos débats, que l'hôpital est une tour de Babel, d'ailleurs en ruine. Nous serons tous d'accord pour rendre hommage au personnel de l'hôpital, qu'il soit médical, soignant, administratif, et pour affirmer que nous sommes fiers de notre hôpital public.

D'ailleurs, l'hôpital n'est pas une tour de Babel où rien ne fonctionne et que personne ne gère. Nous passons notre temps à gérer. Cela fait partie de notre métier, et le cliché du médecin qui exerce en dehors de toute considération économique appartient au passé. Cela fait très longtemps que nous avons acquis la responsabilité et – pourquoi pas aussi ? – la fierté de gérer nos services pour offrir le meilleur soin au meilleur coût possible.

Par ailleurs, madame la ministre, vous vous êtes réjouie que la commission ait déposé un amendement précisant que le projet médical arrêté par le directeur doit respecter les règles déontologiques. Nous voterons cet amendement, mais il prouve que je ne m'étais pas encore assez inquiétée des prérogatives du directeur.

J'ajoute que le projet médical n'est pas seulement la somme des soins ; c'est beaucoup plus que cela : il s'agit de dessiner l'avenir d'un hôpital en matière d'innovation, de définition des pôles d'excellence, de recherche, de formation et de relations avec les partenaires de soins préventifs ou curatifs. L'hôpital ne vit pas *ex nihilo*, seul sur son territoire ; il doit être tout à fait sensible à la question des réseaux de soins et à celle des parcours de soins. Voilà ce qu'est le projet médical.

M. Domergue a dit que sainte T2A était arrivée, que tout s'arrangeait et que, enfin, maintenant, l'hôpital fonctionnait de façon efficace et raisonnable. Nous ne sommes pas opposés à la tarification à l'activité, et nous l'avons toujours défendue,...

**M. Yves Bur.** Votre soutien à la T2A est trop ambigu ; vous n'avez jamais cessé de la critiquer !

**Mme Catherine Génisson.** ...mais nous dénonçons fortement l'ineptie idéologique que constitue la convergence des tarifications à l'activité. Sortons d'une telle logique. Il ne s'agit pas d'être pour ou contre : c'est clairement une ineptie. Au passage, madame la ministre, je constate que vous en sortez par le haut en indiquant que convergence tarifaire ne veut pas dire égalité tarifaire.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre de la santé.* Évidemment !

**Mme Catherine Génisson.** Cela constitue un apport positif dans le débat, mais je crois que l'on peut aller plus loin dans la dénonciation de la convergence des tarifications à l'activité. Un tel dispositif n'a d'ailleurs pas grande chance de se concrétiser puisque dès lors que l'on dit qu'il ne s'agit pas d'une égalité tarifaire, je ne vois pas où se trouverait la convergence.

J'en reviens à la tarification à l'activité : elle a sans doute ses vertus, mais elle a aussi ses défauts.



**Mme Marisol Touraine.** Et ses limites !

**Mme Catherine Génisson.** En effet, ma chère collègue.

**M. le président.** Il faut conclure, madame Génisson.

**Mme Catherine Génisson.** De plus, actuellement, elle n'évalue pas à leur juste valeur les moyens dont doit disposer l'hôpital parce qu'elle est très incomplète dans l'appréciation qualitative de l'activité. Ainsi, madame la ministre, vous avez rappelé que, au moment de l'élaboration du budget global, des hôpitaux avaient abandonné des pans entiers d'activité ; c'est encore le cas aujourd'hui.

Prenez un service de pneumologie – il y en a beaucoup dans ma région, où existent malheureusement des besoins importants en la matière – : dans beaucoup d'entre eux, l'école de l'asthmatique n'existe plus parce qu'il n'y a pas les moyens de financer le service rendu à nos concitoyens qui présentent cette pathologie. Tout un pan entier de la prévention des complications des asthmatiques, y compris des crises d'asthme, disparaît.

Il en est de même pour l'école du diabétique. Dieu sait pourtant s'il est important de pallier les complications du diabète. Nous sommes là dans la logique de la prévention des complications des maladies chroniques.

**M. le président.** Terminez, madame Génisson !

**Mme Catherine Génisson.** Cela étant, on trouve des exemples similaires dans d'autres pathologies. Ainsi, dans bon nombre de services, est fixé un nombre de poses de pacemakers à ne pas dépasser. Si l'on a le droit de poser soixante-dix-sept pacemakers au maximum et que les nécessités médicales imposent d'en poser quatre-vingts ou cent, on a beaucoup de mal à obtenir les pacemakers supplémentaires, quand on y arrive.

Ne disons donc pas que la tarification à l'activité n'a pas montré ses limites. Madame la ministre, vous-même l'avez reconnu en annonçant la « V 11 », prémices, sans doute, à d'autres améliorations de la T2A.

Voilà pourquoi je répète qu'il est très important que le projet de l'établissement, au sein duquel se situe le projet médical, soit établi de manière collégiale.

**M. le président.** Madame Génisson, puis-je considérer que vous avez aussi défendu l'amendement n° 1145 ? (*«Non ! Non ! » sur les bancs du groupe SRC.*)

**Mme Catherine Génisson.** Non, vraiment pas, monsieur le président ! Nous sommes intarissables sur le sujet ! (*Sourires.*)

**M. le président.** Je vous ai laissé largement dépasser votre temps de parole...

**M. Yves Bur.** Oh oui !

**M. le président.** ...parce que je pensais que vous aviez l'intention de défendre en même temps les deux amendements.

**M. Jean-Marie Le Guen.** Ils sont complètement différents !

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 1062 ?

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur.** je m'associe bien volontiers aux remerciements de Catherine Génisson à l'égard de l'ensemble du personnel de la fonction publique hospitalière, mais cela ne m'empêche pas d'avoir le souci de l'efficacité au service des malades. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

**Mme Marisol Touraine.** Nous aussi ! C'est incroyable d'entendre ça !

**Mme Catherine Génisson.** Nous ne sommes pas irresponsables !

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur.** Or l'amendement vise à restreindre les pouvoirs du directeur, ce qui va à l'encontre de la philosophie du projet. La commission a donc émis un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Même avis que la commission.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

**M. Jean-Marie Le Guen.** Je remercie le rapporteur d'être aussi précis dans les raisons qu'il donne pour refuser notre amendement.

De temps en temps, d'autres intervenants se perdent dans des considérations générales, parfois totalement contradictoires avec ce qu'ils défendent, mais notre rapporteur, lui, à défaut de rapporter ce que demande la commission – on a vu à plusieurs reprises qu'il exprimait ce qu'il pensait et non pas la position de la commission –, est très précis dans son argumentation. Il faut lui en savoir gré.

Pour lui, envisager que le directeur puisse seulement présider le directoire conduirait à un affaiblissement absolument considérable du pouvoir de ce surhomme. Le directeur est tout ! Il ne peut pas être simplement le *primus inter pares*, il est absolument tout ; il ne préside pas, il est la totalité lui-même.

Une telle argumentation confirme notre analyse mais, plus encore, cela réduit à néant l'argumentaire selon lequel le président de la CME serait une sorte de premier vice-président du directoire. En effet, celui-ci n'est pas seulement présidé par le directeur, il est ordonné par lui.

De même, on entend des argumentaires légèrement poussifs expliquant qu'il ne s'agit pas de marginaliser la pensée médicale puisque, dans le directoire, il y aura un nombre plus important de médecins que dans le dispositif précédent. Voilà bien la preuve qu'on ne constitue pas un directoire, mais un aréopage autour du directeur.

Telle est la réalité, décrite d'ailleurs de façon très chirurgicale par notre rapporteur. De ce point de vue, il n'y a plus véritablement de débat sur la nature du pouvoir qui est en train de se structurer à l'hôpital.

Les interrogations portent seulement sur le pourquoi, madame la ministre. La communauté médicale vous a-t-elle fait tant de mal pour que vous lui en vouliez autant ? Pourquoi redoutez-vous autant la communauté médicale, les élus, les associations de patients pour ériger à ce point le directeur en seul détenteur de tous les pouvoirs ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Mais non !

**M. Jean-Marie Le Guen**. Voici l'exégèse précise de votre réforme, madame la ministre : il s'agit de donner tous les pouvoirs au directeur. Un tel sur-pouvoir doit bien avoir une utilité. Quelle est-elle ? Il s'agit de « remettre de l'ordre », comme vous le dites si bien. Mais où est le désordre aujourd'hui à l'hôpital ? Vous êtes bien en peine de nous donner un seul exemple précis. Allez-y ! Citez en un ! Quels sont les désordres que vous évoquez ? Quel facteur d'impuissance remettez-vous en cause ?

**M. Jacques Remiller**. Les 35 heures, monsieur Le Guen !

**M. Jean-Marie Le Guen**. Donnez-nous les noms d'hôpitaux où les choses ne vont pas, et dites-nous pourquoi. Soyez enfin précise. Sinon, comprenez que l'ensemble de la communauté hospitalière se sente visée par vos arrières-pensées. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

*(L'amendement n° 1062 n'est pas adopté.)*

**M. le président**. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

### **3 - Ordre du jour de la prochaine séance**

**M. le président**. Prochaine séance, ce soir, à vingt et une heures trente :

Suite de la discussion du projet de loi sur la réforme de l'hôpital.

La séance est levée.

*(La séance est levée à dix-neuf heures vingt-cinq.)*

*Le Directeur du service du compte rendu de la séance  
de l'Assemblée nationale,*

Claude Azéma