

Assemblée nationale
XIII^e législature
Session ordinaire de 2008-2009

Compte rendu
intégral

Deuxième séance du mercredi 18 février 2009

SOMMAIRE

Présidence de M. Marc Le Fur

1. Réforme de l'hôpital

Article 6 (suite)

Amendements nos 337, 338, 891

Article 7

M. Jean-Luc Prével

M. Jean Mallot

Mme Marisol Touraine

Mme Michèle Delaunay

M. Patrick Roy

M. Jean-Marie Le Guen

M. Gérard Bapt

Mme Catherine Lemorton

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé

Amendement no 948

Rappel au règlement

Mme Marisol Touraine

Reprise de la discussion

Amendement no 949

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé

Amendements nos 1953, 950, 102, 1954, 340, 341, 342

Après l'article 7

Article 8

M. Jean-Luc Prével

M. Jean Mallot

M. Olivier Jardé

M. Claude Leteurre

Mme Marisol Touraine

M. Jean-Marie Le Guen

M. Gérard Bapt

Mme Martine Pinville

Mme Michèle Delaunay

M. Bernard Debré

Mme Catherine Génisson

M. Jacques Domergue

Amendements nos 951 rectifié, 1203, 119, 1067 rectifié, 957, 120 rectifié, 885, 345, 981, 1049, 1068, 1204 rectifié

2. Ordre du jour de la prochaine séance

Présidence de M. Marc Le Fur, vice-président

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à vingt et une heures trente.)

1 - 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^{os} 1210 rectifié, 1441, 1435).

Article 6 (suite)

M. le président. Cet après-midi, l'Assemblée a poursuivi l'examen des articles, s'arrêtant à l'amendement n^o 942 à l'article 6.

La parole est à Mme Fraysse, pour soutenir cet amendement.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet article institue un véritable droit de veto au profit du directeur général de l'agence régionale de santé, sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses de l'établissement. Un tel pouvoir nous semble excessif. C'est pourquoi nous proposons, à travers cet amendement, de supprimer ce droit de veto.

Cette demande nous paraît d'autant plus justifiée et raisonnable que le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu par le chef d'établissement avec ce même directeur général de l'ARS laisse finalement peu de marge de manœuvre aux directeurs d'hôpitaux.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour donner l'avis de la commission sur l'amendement n^o 942.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. La commission a rejeté cet amendement. Elle a considéré que l'alinéa 36 ne comportait ni imprécision ni contradiction puisque les deux exceptions visées sont traitées aux alinéas 37 et 38.

M. le président. La parole est à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, pour donner l'avis du Gouvernement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. Madame la députée, je ne peux pas laisser dire que l'alinéa 38 de l'article 6 instaure un droit de veto. Je vous rappelle que l'ARH a déjà un droit de veto sur l'EPRD. Je souligne en outre que le projet de loi conduira à un assouplissement important dans la procédure budgétaire, qui est désormais de la compétence du président du directoire.

La contrepartie de cette responsabilisation est évidemment le maintien du contrôle de l'ARS sur l'EPRD, afin que l'agence puisse identifier au plus tôt les éventuelles difficultés d'un établissement. Les conditions de rejet d'un EPRD sont strictement encadrées par les dispositions réglementaires, il ne s'agit pas d'un droit de veto qui s'exercerait de manière discrétionnaire.

L'ARS ne peut rejeter l'EPRD que dans un délai précis – trente jours – et pour des motifs déterminés par décret. Il s'agit par exemple de prévisions d'activité manifestement erronées ou portant – c'est arrivé hélas ! – sur des activités non autorisées.

Compte tenu de ces éléments, je souhaite que l'Assemblée rejette cet amendement.

(L'amendement n° 942 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement rédactionnel de la commission, n° 337.

(L'amendement n° 337, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un autre amendement rédactionnel de la commission, n° 338.

(L'amendement n° 338, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 891.

La parole est à M. Patrice Debray.

M. Patrice Debray. Cet amendement permettra au directoire et au conseil de surveillance d'adopter une motion de défiance en cas de non-respect de sa lettre de mission par le directeur. Cette motion de défiance peut conduire à placer le chef d'établissement en position de recherche d'activité. La mesure contrebalance l'accroissement des pouvoirs du directeur. J'ai déposé plusieurs amendements qui allaient au-delà des propositions du Gouvernement concernant le directoire, mais celui-ci rétablit en quelque sorte l'équilibre.

Il propose d'insérer dans le code de la santé publique, un article ainsi rédigé : « Art. L. 6143-3-1-1. – En cas de manquement du directeur à sa lettre de mission, le directoire et le conseil de surveillance peuvent adopter une motion de défiance à la majorité absolue des membres ayant voix délibérative du directoire et à la majorité des deux tiers des membres ayant voix délibérative du conseil de surveillance. Cette motion est ensuite transmise au directeur général de l'agence régionale de santé qui peut demander, s'il estime que la motion de défiance est justifiée, le placement en recherche d'affectation du directeur de l'établissement concerné. »

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Cet amendement a été rejeté par la commission. Il nous a en effet semblé qu'il n'était pas nécessaire d'ajouter une disposition législative pour permettre d'exprimer un sentiment de défiance : notre bonne République donne déjà la possibilité de manifester son désaccord vis-à-vis du directeur !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Je comprends bien la position de M. Debray : il imagine une situation de très grave conflit entre le conseil de surveillance et le directeur, qui empêcherait le fonctionnement de l'établissement.

M. Patrice Debray. Exactement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Mais, en cas de difficulté majeure, le directeur général de l'agence régionale de santé, ou le conseil des ministres pour les centres hospitaliers universitaires, pourront et même devront en tirer les conséquences. Les cordes de rappel existent donc qui permettent de sortir d'une situation inextricable. J'aimerais que l'amendement soit retiré.

M. Patrice Debray. Je retire l'amendement, monsieur le président.

(L'amendement n° 891 est retiré.)

(L'article 6, amendé, est adopté.)

Article 7

M. le président. Sur l'article 7, plusieurs orateurs sont inscrits.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. L'article 7 concerne la nomination et la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.

Le directeur sera le patron de l'hôpital, il devra avoir des compétences larges dans la gestion financière, dans le domaine médical puisqu'il arrêtera seul le projet médical...

M. Jean Leonetti. Non !

M. Jean-Luc Prével. Il n'aura pas besoin d'avoir des compétences médicales ?

M. Jean Leonetti. Si, mais il n'arrêtera pas seul le projet médical.

M. le président. Monsieur Leonetti, seul M. Prével a la parole.

M. Jean-Luc Prével. Je m'étonne d'être interrompu par M. Leonetti, qui est quelqu'un de raisonnable.

M. Jean Mallot. Un homme si policé...

M. Jean Leonetti. Je rectifie simplement une inexactitude.

M. Jean-Luc Prével. Le directeur devra avoir des compétences bien sûr dans les technologies ou en matière de gestion du personnel – les professions dans un établissement sont multiples. Sa tâche ne sera pas facile. Il devra sans doute avoir également l'échine souple.

M. Gérard Charasse. C'est vrai.

M. Jean Mallot. Eh oui !

M. Jean-Luc Prével. En effet, le directeur de l'ARS lui fera signer les contrats d'objectifs et de moyens, les contrats de retour à l'équilibre, les quotas d'activité. Pourra-t-il refuser de signer ces contrats ? Pourra-t-il les faire évoluer ? Ce qui est certain, c'est que s'il ne les respecte pas, il sera limogé. C'est d'ailleurs cette même ARS qui évaluera son travail et qui déterminera la part variable de sa rémunération.

M. Jean Leonetti. C'est normal !

M. Jean-Luc Prével. La surveillance ne peut pas être plus étroite, assortie des moyens de pression adéquats. Le directeur patron n'aura donc aucune autonomie.

Le rapport Couanau préconisait de diversifier le recrutement des directeurs pour qu'ils ne soient pas tous issus du même moule. Le texte permettra précisément de faire appel à de nouvelles compétences acquises dans le secteur privé, et également de faire appel à des médecins. Mais sans doute serait-il judicieux de proposer une formation minimale à l'école des hautes études en santé publique car la gestion d'un établissement de santé comporte certaines particularités qu'il convient d'appréhender.

Que l'ARS évalue le directeur, pourquoi pas ? Mais cette évaluation prendra-t-elle en compte les qualités de manager ou dépendra-t-elle essentiellement de l'acquiescement aux directives de l'ARS ?

Il me semblerait nécessaire que le président du conseil de surveillance donne son avis sur l'évaluation du directeur, sur son implication dans l'application du projet d'établissement et sur son souci de répondre aux besoins de santé. J'ai déposé un amendement en ce sens.

Je voudrais pour conclure, madame la ministre, appeler votre attention sur un amendement que j'avais déposé après l'article 7, qui a été adopté par la commission mais qui est tombé sous le couperet de l'article 40 – il est vrai qu'il entraînait quelques dépenses supplémentaires.

Cet amendement visait à réparer quatre injustices dont sont victimes les praticiens à temps partiel.

Premièrement, ceux-ci ne perçoivent que six-onzièmes du salaire d'un temps plein.

Deuxièmement, ils ne touchent pas la prime que perçoivent les temps pleins exclusifs.

Troisièmement, les praticiens à temps partiel ne cotisent, pour la retraite complémentaire, que sur deux tiers de leurs salaires – il est curieux d'ailleurs que l'État ne veille pas à ce que les cotisations soient assises sur l'ensemble des salaires ou des rémunérations.

Quatrièmement, ils ne peuvent consacrer à la formation, qui contribue bien sûr à la qualité des soins, que six jours par an au lieu de neuf.

En commission, le rapporteur avait accepté cet amendement, en soulignant que le législateur se devait d'inciter l'exécutif à remédier à une telle injustice. Malheureusement, nous ne pourrions pas le discuter en raison de l'application de l'article 40. Votre texte, madame la

ministre, prévoit l'ouverture de l'hôpital vers la médecine libérale. Les praticiens à temps partiel y contribuent. Pouvez-vous vous engager à corriger ces quatre injustices ?

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

M. Jean Mallot. L'article 7 est relatif à la nomination et à la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière. Il prévoit en particulier l'ouverture du recrutement des directeurs d'établissement pour, selon les termes de l'exposé des motifs, « faire appel à de nouvelles compétences, qu'il s'agisse de personnels issus d'autres fonctions publiques, de professionnels ayant une expérience dans le secteur privé, ou de médecins ayant développé des capacités de gestion ou de management ».

Je conteste la logique de cette disposition car je ne peux m'empêcher de la rapprocher de l'article 6, qui introduit la notion d'intéressement dans la gestion de l'établissement hospitalier.

Le Président de la République, dans son discours de Bletterans en septembre dernier, a déclaré : « Je ne vois pas pourquoi une politique d'intéressement, à laquelle je crois tant dans le secteur privé, ne s'appliquerait pas dans le secteur hospitalier. » Si vous rencontrez le Président de la République, mes chers collègues de droite, dites-lui que nous, nous voyons pourquoi une telle politique ne doit pas s'appliquer à l'hôpital : tout simplement parce que l'hôpital n'est pas une entreprise.

L'intéressement, c'est le dispositif par lequel les salariés se voient attribuer un complément de rémunération en fonction du résultat financier de l'entreprise – partageant en quelque sorte la valeur ajoutée à l'occasion du résultat.

Un hôpital n'est pas une entreprise, il n'y a pas de valeur ajoutée dans son exercice et donc je ne vois pas très bien comment, sauf à entrer dans une autre logique, on pourrait partager les bénéfices.

Vous me rétorquerez que tout dépend des critères selon lesquels cet intéressement est distribué : ira-t-il au salarié, individuellement, ou à un service, collectivement, au motif que ce service ou cet individu salarié aurait atteint tel ou tel objectif plus ou moins qualitatif ? On peut en discuter mais, encore une fois, ce serait entrer dans une autre logique.

Cette démarche me rappelle singulièrement un argument utilisé pour l'élaboration de la carte militaire – après le travail sur la carte judiciaire est en effet intervenu le travail sur la carte militaire, en attendant peut-être que vienne le tour de la carte hospitalière, même si Mme la ministre nous a promis que ce n'était pas à l'ordre du jour. Les responsables du ministère de la défense qui pilotaient cette révision de la carte militaire, et qui réfléchissaient notamment sur l'implantation des bases militaires, avaient en tête un critère étonnant pour des gens qui connaissent un peu le service public. Ils disaient qu'il fallait installer nos dispositifs militaires dans des territoires attractifs. Ils pensaient qu'il fallait offrir des postes attractifs financièrement à des gens venant du privé – ces personnes étant considérées comme plus efficaces pour assurer la rentabilité de l'entreprise-service public – et tout cela sur des territoires attractifs. Leur idée était que, pour faire venir des gens du secteur privé, *a priori* plus compétents que les autres, il fallait que ceux-ci puissent trouver, là où ils allaient travailler, une université, des activités pour leur conjoint, des loisirs, des services culturels...

On le voit, tout converge vers le même système – nous le verrons encore tout à l’heure à propos des communautés hospitalières de territoire – : on regroupe, on va chercher des managers dans le privé, on les intéresse financièrement, on les concentre plutôt dans les établissements intéressants pour eux, sur des territoires attractifs. La conséquence, c’est la désertification et l’absence de services publics, notamment hospitaliers, sur toute une partie du territoire.

On voit bien comment la gestion de ces dirigeants est totalement biaisée par la recherche d’un intéressement, d’une forme de profit que dégagerait l’hôpital-entreprise, et je suis sûr que nous sommes nombreux à contester cette logique dite managériale.

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

Mme Marisol Touraine. Mon intervention portera également sur cette possibilité que semble offrir le projet de loi de recruter des directeurs d’établissements hospitaliers publics en dehors de la fonction publique hospitalière.

Je veux bien admettre que l’on se soucie de diversifier le recrutement pour la direction des hôpitaux et que l’on considère que les personnes sortant de l’école des directeurs d’hôpitaux ne doivent pas être les seules à assumer ces responsabilités. Mais quelqu’un qui n’est pas issu de la fonction publique hospitalière peut déjà parfaitement assumer la direction d’un établissement public hospitalier. Je ne vois en tout cas pas ce qui s’opposerait en droit à ce que ce soit le cas d’une personne issue d’une autre fonction publique, par la voie du détachement ou de la mise à disposition, compte tenu des passerelles existant entre les trois.

A ma connaissance, certains établissements hospitaliers sont aussi dirigés aujourd’hui par des personnes extérieures à la fonction publique. Je pense à des médecins qui ont abandonné leur pratique médicale pour s’orienter vers des activités administratives. Rien ne s’est opposé à la signature de tels contrats.

Pourquoi serait-il nécessaire de passer par une loi spécifique pour définir un nouveau mode de recrutement des directeurs d’établissements hospitaliers publics alors même que, indépendamment de la question de la contractualisation, le droit de la fonction publique permet aujourd’hui d’opérer des « transferts », d’établir des passerelles ? Il est d’ailleurs heureux que les fonctions publiques ne soient pas totalement cloisonnées.

Je rejoins l’interrogation de Jean Mallot. Si vous voulez légiférer de façon aussi spécifique sur ce point alors même que le droit existant suffirait, c’est que vous souhaitez faire beaucoup plus appel que jusqu’à présent à des personnes venant de l’extérieur pour remplir ces fonctions de directeur. On peut donc se demander quel sort sera réservé à ceux qui se sont engagés dans des études pour devenir cadre directeur de la fonction publique hospitalière. Ce sont, vous le voyez, des questions précises que je pose. Que permet cette loi que le droit commun ne permettrait pas déjà ?

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

Mme Michèle Delaunay. Nous sommes nombreux à partager les mêmes interrogations. Je vais vous faire une confidence : j’ai des amis médecins – cela se comprend –, des amis médecins de CHU – cela se comprend aussi –, mais j’ai même des amis médecins de CHU et de droite !

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur*. Quel risque !

Mme Michèle Delaunay. Et ceux-ci me disaient récemment : « Tout ne va bien dans les hôpitaux. Les directeurs ne sont pas au niveau. Les surveillantes passent du temps dans des réunions qui ne leur servent à rien. Cela ne peut pas durer. Il nous faut des managers ! » Mais je me pose deux séries de questions.

D'abord, il en est des managers comme de La Poste : ce n'est pas écrit sur le front ! Sur quels critères seront-ils recrutés ? Quels diplômes, quels antécédents, quel cursus, quelle fiche de poste devront-ils présenter ? Vous voyez, j'utilise un langage extrêmement moderne bien que je sois persuadée que l'hôpital ne relève pas d'une logique purement entrepreneuriale ! Et comme l'a demandé Mme Touraine, en élargissant le champ de recrutement, que va apporter cette loi que les règles régissant la fonction publique ne permettaient pas jusqu'alors ?

Ensuite, selon quels critères va-t-on évaluer ce manager puisqu'il sera soustrait au jugement des médecins, à celui des patients bien évidemment, et qu'il échappe même à la responsabilisation qui est celle de nos hôpitaux ?

J'ai commencé mon intervention en souriant, mais c'est avec le plus grand sérieux que j'interroge Mme la ministre sur les objectifs, sur les critères, sur l'intérêt d'ouvrir au privé la fonction de directeur d'hôpital et sur l'évaluation de ces directeurs.

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

M. Patrick Roy. Je veux rappeler combien nous sommes attachés, de ce côté de l'hémicycle, à ce que l'on appelle la mission de service public. C'est d'ailleurs un point de clivage entre la droite et la gauche.

M. Jean Leonetti. Pas du tout !

M. Patrick Roy. Même si je vous entends parfois reconnaître la valeur du service public, chers collègues de droite, vous mettez toujours le privé en avant : le privé peut tout ; il peut mieux, plus fort ! C'est cette conviction que vous mettez en oeuvre dans les lois que vous votez depuis 2002, et plus encore depuis 2007.

Nous, nous estimons que des pans entiers de l'activité sociale et économique doivent rester au service public. Comme l'a dit Jean Mallot, l'hôpital n'est pas une entreprise. Les entreprises citoyennes, cela existe, je le reconnais, mais le but premier d'une entreprise privée, c'est de faire du profit. Celui de l'hôpital, c'est de soigner. Qu'il doive le faire en essayant de gérer au mieux, de ne pas gaspiller, nous en convenons, mais je suis très choqué lorsque l'on érige le profit en critère de référence. Et lorsque j'entends parler d'intéressement, j'avoue que cela me glace, car de telles notions ne peuvent s'appliquer à l'hôpital !

Dans ce contexte, le directeur, qui sera tout-puissant dans le domaine médical et dans celui de la gestion, ne doit pas arriver à l'hôpital, dont il va conduire seul la destinée, en ayant oublié le sens du service public. Nous examinerons notamment un amendement de Mme Fraysse dont l'objectif est de préciser que ce doit être un fonctionnaire pour qu'il ait chevillée au corps cette notion de service public qui est indispensable à la réussite de l'hôpital, indispensable pour que celui-ci soit un endroit où les gens viennent pleins d'espoir, pour se

soigner, et d'où ils repartent en bonne santé ! Nous espérons donc, madame la ministre, que vous allez nous rassurer.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Nous avons jusqu'à présent avancé dans cette loi en servant un seul objectif : concentrer tous les pouvoirs entre les mains du président du directoire, c'est-à-dire le directeur de l'hôpital. J'ai souligné hier soir le paradoxe auquel nous étions confrontés. En effet, la majorité, sans accepter la moindre nuance, la moindre concession, avance à marche forcée pour donner tous les pouvoirs à ce directeur, représentant de l'administration, qu'elle n'a pourtant cessé d'attaquer pendant des mois. Que n'avons-nous pas entendu sur la FHF, sur les fonctionnaires qui mettaient à bas l'hôpital ! (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*) Eh oui, monsieur Leonetti, vous êtes un « néo-impérial » en la matière !

M. Jean Leonetti. Avant 1936, je n'étais pas là !

M. Jean-Marie Le Guen. Avant vous, ici, notre collègue Dubernard et d'autres n'ont cessé de tonner contre la mainmise sur la politique hospitalière de la Fédération hospitalière de France.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Il vaut mieux ne pas parler des absents !

M. Jean-Marie Le Guen. Et je vois plusieurs collègues opiner !

Il y a donc quelque chose de paradoxal et de consternant dans cette obsession, chez un gouvernement qui s'est longtemps prétendu ultralibéral – jusqu'à il y a deux mois – de vouloir concentrer les pouvoirs dans l'administration !

D'un point de vue idéologique, cet article 7, c'est la tuile faîtière. Il signifie : « On ne vous a pas tout dit ! Le directeur de l'hôpital dont on parle, ce n'est pas du tout un fonctionnaire, un affreux bureaucrate de la FHF ; cela va être une gentille princesse venant du secteur privé qui n'a cessé de nous démontrer l'efficacité de sa gestion ! »

Par un artifice idéologique, vous tentez de sortir de cette contradiction, qui est celle de l'étatisation, de la marginalisation du pouvoir médical et des élus au profit d'un fonctionnaire tout-puissant.

Madame la ministre, vous rêvez que la responsabilité du fonctionnement de l'hôpital public revienne à un manager, à quelqu'un qui aura été formé et élevé dans le cadre de l'économie privée, et ayant pour perspective ce fameux hôpital entreprise. Mais c'est une illusion et je déconseille à un cow-boy d'un quelconque fonds de pension de débarquer dans un hôpital public si sa tentative ne s'accompagne pas de beaucoup de précautions. (« N'importe quoi ! » *sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Paul Jeanneteau. Vous êtes en plein délire !

M. le président. Monsieur Le Guen, veuillez conclure !

M. Jean-Marie Le Guen. Vous rêvez de voir à la tête de l'hôpital public ces managers qui ont si bien réussi dans les cliniques privées.

M. Yves Bur. C'est de la science-fiction !

M. Jean-Marie Le Guen. Mais non, monsieur Bur ! Vous rêvez de cloner ces managers dans l'hôpital public ! C'est cela, l'article 7 ! Ceux qui, à la FHF, croyaient avoir votre soutien se trouvent peut-être maintenant un peu déconfits...

Pour notre part, au vu de leurs succès et des résultats du libéralisme économique qui prévaut aujourd'hui, nous avons des doutes sur la capacité qu'auraient ces artistes de la finance aux doigts d'or à diriger les hôpitaux publics.

Mme Michèle Delaunay. Très bien !

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

M. Gérard Bapt. Madame la ministre, nous étions inquiets pour la communauté médicale à l'hôpital, mais nous devons aussi faire écho aux inquiétudes des cadres hospitaliers.

Tous les corps de direction sont concernés sans être tous mentionnés. On ne peut ainsi que supposer que les adjoints du corps des directeurs des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux seront nommés selon la même procédure que les adjoints du corps des directeurs d'hôpitaux. Sur ce point, la discussion de ce soir pourra leur apporter des réponses.

Les procédures sont incertaines également pour les « chefferies » d'établissements sanitaires de statut DSSS. Il y en a 440 et ce statut ne connaît ni commission des carrières ni listes de sélection. À cet égard aussi, des réponses s'imposeraient.

Les procédures de nomination introduisent des déséquilibres qui inquiètent les corps de direction, alors qu'aucun bilan de l'existant n'a encore été réalisé. En quoi la procédure de nomination actuelle est-elle insuffisante ? Je pense que vous allez nous éclairer, en particulier s'agissant de la nomination des chefs d'établissement.

L'actualisation des critères d'agrément aux emplois fonctionnels et d'inscription sur les listes de sélection vient d'être achevée. A-t-elle été menée en pure perte ?

La proposition unique du directeur général de l'ARS qui lierait le CNG, sans liste de sélection établie en commission des carrières, va-t-elle conduire à la suppression de la gestion paritaire ?

En pratique, tous ces changements aboutiraient à des difficultés. En tout cas, ils donnent lieu à l'heure actuelle à des incertitudes. Pourtant, vous placez au premier rang de votre réforme la fonction de directeur d'établissement et d'encadrement d'établissement. Bien sûr, ces directeurs seront sous la dépendance directe de l'ARS, mais la reconnaissance des directeurs des soins ne peut être acquise que dans le directoire – et je vous donne acte que leur participation va dans le sens de cette reconnaissance.

La recherche d'affectation reste aujourd'hui insuffisamment encadrée. Le placement en recherche d'affectation est jusqu'ici encadré par l'avis de la commission paritaire et il n'existe

pas de procédure contradictoire. Cette extension, même avec l'avis de la commission paritaire, devient une obligation de motivation et constitue un effritement des garanties statutaires.

Enfin, l'ouverture aux non-fonctionnaires n'est pas encadrée. À cet égard, quand on voit que, dans les hebdomadaires à vocation économique, les chasseurs de tête recherchent des directeurs d'ARS, on peut se demander si la même procédure ne sera pas choisie pour la direction des grands établissements.

M. Jean-Marie Le Guen. Vous avez essayé d'embaucher Bob Denard en tant que directeur d'ARS ?

M. le président. Monsieur Bapt, ne vous laissez pas impressionner par M. Le Guen !

M. Gérard Bapt. On me dit que Jérôme Kerviel pourrait être candidat à la direction d'un établissement hospitalier ! (*Sourires.*)

Quelle sera la procédure ? Y aura-t-il publication préalable de tous les postes ou sélectionnera-t-on des postes offerts exclusivement aux cadres du privé, et sur quels critères ?

L'affirmation selon laquelle il faut remplacer certains directeurs actuels par des cadres du privé choque le corps des cadres hospitaliers et blesse de nombreux directeurs qui considèrent qu'ils sont compétents pour assurer les fonctions et qu'il n'est pas utile d'aller chercher dans le secteur privé l'homme-orchestre ou le Zorro qui serait susceptible de remettre à flot les comptes des hôpitaux publics.

Madame la ministre, je viens de recevoir une lettre dans laquelle la Fédération de l'hospitalisation privée précise qu'il sera impossible, en raison de l'augmentation des tarifs qui vient d'être concédée, de gérer les établissements qui relèvent d'elle. Si la contrainte budgétaire rend impossible la gestion de nombre d'établissements privés, en quoi les directeurs de ces établissements seraient-ils mieux placés pour diriger les établissements publics ?

M. le président. La parole est à Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. À ce stade de la discussion, il faut rappeler que l'hôpital public n'est pas une entreprise au sens du droit privé.

Le médecin est un soignant, non un producteur de soins. Or avec la tarification à l'activité, je crains fort qu'on n'entre dans une course aux pratiques à l'acte, qui se développeraient alors de manière exponentielle sur le marché du soin.

Le directeur d'hôpital ne peut pas être un patron au sens managérial du terme. Certes, il sera chargé de vérifier les objectifs et les moyens des contrats pluriannuels. Mais l'hôpital public n'est pas une entreprise métallurgique ni sidérurgique ni encore une entreprise du CAC 40.

Quand on parle de sciences humaines, on ne peut pas raisonner en termes d'équations mathématiques. Quand on s'occupe de l'être humain, et notamment du malade, un n'est pas égal à un, on ne peut pas parler qu'en termes de marges brutes, de marges nettes, d'excédents bruts, d'exploitation et de besoin en fonds de roulement. À cet égard, je pense que votre

expérience professionnelle ne peut que conforter en vous la même conviction, madame la ministre.

Vous nous dites vouloir recruter des directeurs du secteur privé au motif qu'il y aurait des dysfonctionnements énormes dans l'hôpital public : l'hôpital public, ce grand mal, comme la fonction publique et les fonctionnaires !

Vous pensez que recruter des personnes issues du secteur privé ne peut avoir que des vertus. La crise financière qui nous frappe a pourtant montré que certains patrons du privé n'avaient pas bien géré leur boutique !

M. Yves Bur. Dites tout de suite qu'on va embaucher des traders !

Mme Catherine Lemorton. Madame la ministre, si vous pensez recruter des directeurs d'hôpitaux venant de la Société générale, de Natixis ou de la Caisse d'épargne, je me fais beaucoup de soucis !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Le débat a été agréementé de considérations qui n'avaient que peu à voir avec l'objet de l'article 7.

M. Philippe Vitel. C'est vrai !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Ne faisons pas d'opposition manichéenne. Il n'y a pas d'un côté le bien, de l'autre le mal ; d'un côté les bons et les parfaits, de l'autre les méchants. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP – Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Jean Mallot. Il y a malgré tout deux logiques différentes !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. À l'heure actuelle, le directeur est soit un fonctionnaire de la fonction publique hospitalière, soit un fonctionnaire de l'État, soit un fonctionnaire de la fonction publique territoriale. Mais dans les sept grands CHU, il n'y a aucun critère de recrutement, aucune exigence de faire partie de la fonction publique territoriale, ce que l'on ignore parfois. En effet, à l'AP-HP, nul besoin de faire partie de la fonction publique.

M. Philippe Vitel. Eh oui !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Mais M. Le Guen le sait très bien. Il a seulement oublié de le dire !

M. Paul Jeanneteau. C'est ce qu'on appelle avoir la mémoire sélective !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Si les fonctionnaires de la fonction publique hospitalière continueront de constituer la grande majorité du recrutement, l'article 7 permettra de recruter sur un contrat de droit public, et de recruter des médecins parce que l'on ignore souvent que les praticiens hospitaliers ne relèvent pas de la fonction publique

hospitalière – ce sont des agents publics – et qu'on ne peut pas les recruter sur un poste de direction.

M. Philippe Vitel. C'est dommage !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. À cela s'ajoute le magnifique vivier de recrutement de l'école des hautes études en santé publique de Rennes, où des modules de formation seront, en outre, organisés pour les personnels recrutés par d'autres voies, plus souples.

M. Jean-Marie Le Guen. Allez-vous l'inscrire dans la loi ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Cela ne relève pas du domaine législatif – ni même du domaine réglementaire !

M. Bapt m'a demandé si la gestion paritaire serait maintenue. Je lui réponds par l'affirmative. S'agissant des établissements sociaux et médico-sociaux, rien ne change. Les directeurs continueront à être nommés par le directeur général du CNG, avec évaluation par le préfet.

M. Prél m'a interrogé sur les temps partiels. Je souhaite avancer sur ce sujet où l'on constate des injustices. J'ai déjà pris des décisions pour rapprocher les rémunérations, mais je veux aller plus loin. À cet effet, une discussion interministérielle est en cours. Cela dit, cette disposition n'a pas sa place ici.

Je considère que la modernisation de l'hôpital passe par une ouverture de la fonction de direction à des professionnels issus d'autres milieux. Les dispositions que nous prenons le permettent. Évidemment, ces nouvelles personnes pourront se prévaloir d'expériences de direction diversifiées. C'est aussi un gage de l'attractivité de l'hôpital et de son dynamisme, dès lors que ces nominations se font dans la transparence, en tenant compte des capacités des candidats. Je le répète, cette ouverture sera très encadrée et chaque directeur non statutaire bénéficiera d'une formation à l'emploi délivrée par l'école des hautes études en santé publique.

Je souhaite que cette mesure aille de pair avec des possibilités nouvelles pour les directeurs sortant de l'école des hautes études en santé publique de Rennes, qui se plaignent parfois du peu d'évolution possible dans leur carrière, c'est-à-dire que ce soit une démarche gagnant-gagnant.

Je pense avoir répondu à l'ensemble des questions techniques qui ont été posées par les uns et les autres. Dès lors, j'espère qu'aucune caricature ou aucun fantasme ne surgira à propos de l'article 7. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Jean-Claude Lenoir. Ce sont exactement les mots qu'il fallait employer !

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 948.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Les arguments avancés par Mme la ministre ne nous convainquent pas. C'est la raison pour laquelle nous soutenons cet amendement tendant à supprimer les

alinéas 2 et 3 de l'article 7, qui permettent à des non-fonctionnaires de devenir directeurs d'établissements publics.

Vous affirmez, madame la ministre, qu'il faut ouvrir le recrutement des directeurs à « de nouvelles compétences ». J'ignore comment les directeurs issus de la fonction publique, notamment hospitalière, accueilleront votre déclaration, qui s'apparente à de la défiance, alors même qu'ils sont formés pour diriger un établissement public hospitalier et qu'ils exercent des responsabilités importantes dans des conditions de plus en plus difficiles, un grand nombre d'entre eux étant du reste en situation de souffrance psychologique.

Ce que vous cherchez à imposer, avec cette mesure, ce n'est ni la diversité ni l'ouverture, ce qui serait positif, mais la philosophie managériale du directeur-patron, qui ne laisse pas de nous inquiéter. Vous évoquez vous-même le « gagnant-gagnant » : nous voici plongés au cœur de la concurrence !

M. Jean-Claude Lenoir. Avec vous, c'est le « perdant-perdant » !

Mme Jacqueline Fraysse. Les « gagnants-gagnants » n'ont pas montré, jusqu'à présent, qu'ils gagnaient à tous les coups ! (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*) Comme l'a fort bien rappelé Catherine Lemorton, j'ai même le sentiment, aujourd'hui, que tous les grands managers ont beaucoup perdu...

M. Jean-Marie Le Guen. Et les Français avec eux ! Merci les idéologues !

Mme Jacqueline Fraysse. ...et qu'ils sont bien contents de trouver les deniers publics pour renflouer les caisses qu'ils ont vidées, ce qui ne les empêche pas de continuer à vouloir « gagner-gagner » toujours plus !

M. Philippe Vitel. Nous avons besoin d'une comptabilité analytique.

M. Jean-Claude Lenoir. Vous oubliez Peyrelevade, président du Crédit Lyonnais !

Mme Jacqueline Fraysse. Telle est la philosophie que vous voulez introduire à l'hôpital public et que, nous, nous contestons pour tous les domaines d'activités, mais particulièrement lorsqu'il s'agit de la santé. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*) Pourriez-vous m'écouter un instant ?

M. le président. Seule Mme Fraysse a la parole.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Vous contestez cette philosophie de la même manière que M. Gremetz !

Mme Jacqueline Fraysse. Je m'appelle Jacqueline Fraysse et non pas Maxime Gremetz. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Il est membre de votre groupe.

Mme Jacqueline Fraysse. Peut-être m'invitez-vous, mes chers collègues, à demander des scrutins publics ou à procéder à des rappels au règlement ? (*Mêmes mouvements.*)

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur*. Non !

M. Jean-Claude Lenoir. Serait-ce du chantage ?

M. le président. Nous vous écoutons, madame Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Cette disposition introduit, je le répète, une philosophie managériale de directeur-patron, que nous contestons car un hôpital n'est pas une entreprise – cela a déjà été rappelé.

Ce que vous attendez d'un directeur d'hôpital, ce n'est pas qu'il organise au mieux la prise en charge des patients et assure la sécurité et la qualité des soins, mais qu'il maîtrise les coûts, quelles qu'en soient les conséquences sur la réponse fournie aux besoins des patients ou sur la qualité des soins qui leur sont prodigués.

Vous souhaitez que les hôpitaux soient désormais gérés comme des entreprises : c'est un changement de culture très grave pour l'avenir de nos établissements publics comme pour l'égalité de tous les citoyens devant l'accès aux soins.

C'est la raison pour laquelle les directeurs d'établissements de santé doivent rester des fonctionnaires formés à l'école des hautes études en santé publique car, en sus de leur professionnalisme, ils ont le sens de l'intérêt général.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Les autres ne l'auraient pas !

Mme Jacqueline Fraysse. Notre proposition de supprimer ces deux alinéas n'interdit pas de mettre en place des modalités spécifiques de recrutement...

M. le président. Je vous prie de conclure, madame la députée.

Mme Jacqueline Fraysse. ...permettant à des personnes venant d'autres horizons d'accéder à l'école des hautes études en santé publique.

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

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur*. La commission a rejeté cet amendement.

M. Philippe Vitel. Elle a bien fait.

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur*. Elle considère qu'il est essentiel de faire appel à de nouvelles compétences,...

M. Jean-Marie Le Guen. Lesquelles ?

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur*. ...qu'il s'agisse de gens issus du secteur privé ou, pourquoi pas, de médecins ayant acquis des compétences en gestion et management.

M. Jean-Marie Le Guen. Les médecins peuvent même apprendre à lire !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Ils sont capables de tout faire, monsieur Le Guen.

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

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

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

M. Patrick Roy. Il ne s'agit pas d'un simple amendement rédactionnel mais d'un amendement de fond – je pèse mes mots –, ce que notre rapporteur a confirmé lorsqu'il a affirmé, à l'instant même, avec une grande sincérité, que l'hôpital doit faire appel à d'autres compétences – ce que je conteste, évidemment.

M. Philippe Vitel. Pourquoi s'en priverait-il ?

M. Patrick Roy. Je mesure pleinement la portée de ces propos : en effet, lorsqu'on prétend que l'hôpital doit « faire appel à d'autres compétences », en français, cela signifie qu'on change la nature même de l'hôpital. Or celui-ci ne saurait être une entreprise car son dirigeant doit penser, avant toute autre préoccupation, à l'intérêt du patient. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

Plusieurs députés du groupe de l'Union pour un mouvement populaire. Ce n'est pas contradictoire.

M. Patrick Roy. Nous connaissons tous des personnes qui, dans la vie, s'intéressent d'abord à leur profit personnel ! Combien en a-t-on cité en exemple ! Combien de dirigeants ont échoué parce qu'avant de penser à l'intérêt de leur entreprise, ils pensaient à leur poche ! Je ne veux pas voir arriver ce type de personnages malfaisants à la tête des hôpitaux publics ! Or c'est le risque fou qu'on prend aujourd'hui !

M. Christian Ménard. Ce sont des propos scandaleux !

M. Patrick Roy. Si nous voulons rester sérieux, il convient d'adopter l'amendement n° 948 que Mme Fraysse a défendu. Il existe un vrai danger ! Lorsque, en face, je vous vois aussi virulents (*Rires et exclamations sur les bancs du groupe UMP*),...

M. Yves Bur. Nous ne sommes pas virulents, nous sommes hilares !

M. Patrick Roy. ...je mesure le danger qui est devant nous !

M. le président. Monsieur Roy, je vous prie de conclure.

M. Patrick Roy. Lorsque les Français verront que vous riez, ils comprendront que l'avenir de leur santé est menacé.

M. Philippe Vitel. Réveillez-vous ! Le monde a changé.

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. Alors que nous abordons un article important du projet de loi – ils le sont tous, du reste – en essayant de défendre nos positions, nous trouvons en face de nous des parlementaires de la majorité qui n'acceptent pas l'expression, dans cet hémicycle, de positions différentes des leurs. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Philippe Vitel. Est-ce-là votre conception de la démocratie ? C'est triste !

Mme Marisol Touraine. Le bruit, voire le chahut qui ont accompagné les propos de Patrick Roy sont inadmissibles. (*Mêmes mouvements.*)

Nous ne souhaitons pas faire monter la pression ni recourir à des artifices de procédure. Mais si le débat devait se poursuivre dans de telles conditions, je serais amenée à demander une suspension de séance. (*Mêmes mouvements.*)

M. Yves Bur. Vous n'avez qu'à le faire dès maintenant !

Mme Marisol Touraine. Monsieur Bur, vous êtes très énervé. Vous ne laissez pas les parlementaires de nos bancs s'exprimer.

M. le président. Personne n'est énervé dans cet hémicycle.

Mme Marisol Touraine. Il suffit de le regarder, monsieur le président.

M. Philippe Vitel. M. Bur est passionné par ce débat !

M. Jean-Marie Le Guen. Monsieur Vitel, vous n'êtes pas venu défendre les médecins ni, du reste, examiner les six premiers articles ; alors, rentrez chez vous !

Mme Marisol Touraine. Je veux encore croire que nos débats pourront reprendre dans la sérénité. Si tel n'est pas le cas, il sera nécessaire de respirer un peu d'air frais. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

Reprise de la discussion

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 948

(*L'amendement n° 948 n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 949.

La parole est à M. André Chassaigne.

M. André Chassaigne. Je tenterai de rétablir un peu de calme dans cet hémicycle. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme Michèle Delaunay. Un peu de silence !

M. André Chassaigne. La manifestation de désaccords entre la majorité et l'opposition est tout à fait naturelle,...

M. Jacques Domergue. C'est vrai.

M. André Chassaigne. ...surtout lorsqu'il s'agit de différences de fond relatives à notre approche de la société. Nos valeurs sont la solidarité, la justice et l'équité ; aussi sommes-nous déterminés à maintenir le service public. Votre approche libérale, au contraire – il ne s'agit pas d'un jugement de valeur –, vous conduit à ouvrir le recrutement des directeurs à des personnes qui auront fait, par exemple, des études commerciales et qui, jetant sur l'hôpital un regard avant tout comptable, n'apporteront pas le même soin à défendre l'intérêt des patients.

Cette différence d'appréciation, je le répète, est tout à fait normale puisque nos valeurs nous opposent sur l'ensemble du texte.

M. Philippe Vitel. Pour vous, il n'est pas possible de bien soigner et de bien gérer à la fois !

Mme Catherine Lemorton. Laissez-le parler !

M. André Chassaigne. Le fait que vous vouliez transformer l'hôpital en entreprise – tel est le fond du débat –, alors que nous voulons, nous, qu'il continue de reposer sur d'autres valeurs, est suffisant à nous opposer sans que vous vous sentiez obligés de nous crier dessus !

En ce qui concerne plus précisément l'amendement n° 949, je tiens à rappeler l'échange, assez vif, que Mme Bachelot et nous-mêmes avons eu sur le projet d'établissement hier soir. Le texte donne au directeur un rôle très important dans l'élaboration de ce projet puisque, si l'article 5 prévoit que le conseil de surveillance délibère à son sujet, vous avez refusé, à l'article 6, qu'il soit soumis pour approbation à ce même conseil de surveillance, considérant qu'il appartenait au directeur de prendre la décision.

Cet exemple – il n'est pas le seul – suffit à montrer que les choix que le directeur effectuera avec, entre les mains, l'arme terrible de la T2A, auront avant tout pour objectif la rentabilité. Un tel directeur ne portera donc pas le même regard que celui que pourrait porter – je dis « pourrait » car, évidemment, rien n'est mécanique – un directeur formé à une certaine conception de la fonction publique et qui penserait à l'intérêt des patients avant de penser à l'intérêt financier de l'établissement. Le fond du problème est là !

Madame la ministre, vous avez toutefois entrouvert une porte en évoquant des modules de formation ou de formation à l'emploi. Cette formation – je pense que vous serez d'accord avec moi sur ce point – ne saurait être dispensée dans le cadre de la formation continue : elle devra être suivie avant la prise de fonction.

L'amendement n° 949 est évidemment un amendement de repli. C'est pourquoi, même si je ne partage pas le choix que vous faites, au moins, madame la ministre, acceptez cet amendement qui vise à ce que les directeurs d'établissements, s'ils viennent du privé, soient diplômés de l'école des hautes études en santé publique. Si vous agissez ainsi, vous ferez la démonstration que vous considérez que le directeur qui ne vient pas de la fonction publique et qui partage une autre logique que celle du service public doit recevoir une formation lui permettant de prendre en considération non pas, comme un simple épicier, l'intérêt strictement financier, mais celui des patients dans le cadre de l'offre de santé. Il pourra alors

remplir sa mission avec une autre conception que celle qu'il aurait si vous le lâchiez à la tête d'un établissement avec des *a priori* ou des prérequis qui fausseraient l'accomplissement de sa tâche de directeur.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission a rejeté cet amendement. Exiger un diplôme de l'école des hautes études en santé publique semble en effet une condition trop restrictive, eu égard au profil de nouveaux managers que nous recherchons. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Jean Mallot. Ça va leur faire plaisir !

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Bien sûr, nous pouvons prévoir des stages, des modules de formation qui donneront une culture supplémentaire aux personnes que nous espérons recruter.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. J'ai entendu que des chefs d'entreprise, des chevaliers d'industrie, des patrons du CAC 40 pourraient être attirés par la fonction de directeur d'hôpital. (*Rires.*) Il ne s'agit pas d'en rire, bien sûr, mais je me permets de rappeler le montant des rémunérations dont il est question : un directeur général de CHU gagne 8 000 euros par mois et un directeur général de centre hospitalier, 6 000 euros.

M. Christian Paul. C'est tout de même six à huit fois le SMIC !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Cela m'étonnerait beaucoup que de grands capitaines d'industrie, monsieur Paul, soient intéressés par ce type de carrière. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Jean-Marie Le Guen. Vous avez raison, madame la ministre !

M. Jean Mallot. À moins qu'il ne s'agisse de capitaines d'industrie déchus !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. M. Chassaigne a souligné qu'il importait que les candidats à un recrutement plus ouvert reçoivent une formation donnée par l'école des hautes études en santé publique. Il s'agira bien de cela : une formation initiale sera assurée, puis une formation continue modulable selon le parcours des intéressés.

Seulement, l'amendement précise que les personnes en question doivent être « diplômées de » cette école. Je préférerais les termes « formées par » ou « après avoir reçu une formation auprès de » l'école des hautes études en santé publique.

Mme Michèle Delaunay et M. Jean-Marie Le Guen. Nous sommes d'accord !

M. Jacques Domergue. Le mot est trop restrictif !

M. le président. La parole est à M. Jean Leonetti.

M. Jean Leonetti. Je rappelle à nos collègues socialistes et communistes qu'il n'y a pas d'un côté ceux qui défendent le service public et, de l'autre, ceux qui ont une vision strictement libérale.

M. Patrick Roy. C'est tout de même un peu le cas !

Mme Jacqueline Fraysse. En effet, c'est le cas !

M. Jean Leonetti. Je fais partie de la fonction publique hospitalière et demeure plutôt fier d'exercer des responsabilités au sein de la Fédération hospitalière de France.

Mme Jacqueline Fraysse. Profitez-en car cela ne va pas durer !

M. Jean Leonetti. Je souhaite ramener un certain calme au sein de l'hémicycle en rappelant certains éléments.

M. Jean Mallot. Commencez par calmer M. Vitel !

M. Jean Leonetti. La Fédération hospitalière de France est favorable à la T2A. Elle a en effet constaté que certains hôpitaux étaient victimes d'une logique contraignante parce que leur budget, globalisé, ne permettait pas de prendre en compte leur forte activité. Or, après tout, même si la réalité est plus complexe, un établissement où l'on opère dix malades par jour ne devrait sans doute pas bénéficier de la même dotation qu'un hôpital où l'on opère un malade par semaine. L'idée que je défends n'est pas parfaite mais elle est plus juste que la dotation globale,...

M. Yves Bur. Tout à fait !

Mme Michèle Delaunay et M. Jean-Marie Le Guen. Ce n'est pas le sujet !

M. Jean Leonetti. ...plus juste que la conception qui réduit l'hospitalisation à la simple comptabilisation des entrées et des sorties.

Si l'on prend en compte la précarité, la gravité des cas et la dimension sociale de l'hôpital dans la MIGAC, la voie est certainement ouverte à des améliorations et, donc, cette T2A que certains présentent comme une monstruosité n'est pas considérée par les directeurs d'hôpitaux et par les praticiens hospitaliers comme un obstacle.

M. Patrick Roy. Quel est le rapport avec l'amendement ?

M. Jean Leonetti. Ensuite, il n'y a pas non plus, d'un côté, les bons directeurs qui gèrent leur hôpital comme un service public et en pensant aux malades toute la journée et, de l'autre, les méchants directeurs à la formation plus économique et qui ne se préoccuperaient que de la gestion de la lingerie, du personnel,...

Mme Michèle Delaunay. Bien sûr que non !

M. Jean Leonetti. ...tâches qui incombent pourtant également à un directeur d'hôpital, dont la fonction n'est donc pas que sanitaire, mais aussi managériale.

Dans le même ordre d'idées, j'avais trouvé quelque peu caricaturale l'opposition entre la gestion et le soin, tant il est vrai que l'activité d'un hôpital doit être appréhendée de manière globale : il ne peut y avoir de bons soins sans bonne gestion, ni de bonne gestion sans une activité de soins efficace. La cartographie française montre d'ailleurs bien que, paradoxalement, là où les performances médicales sont les plus élevées, la gestion est la meilleure.

M. Yves Bur. Eh oui !

M. Jean Leonetti. Aussi les hôpitaux en déficit ne sont-ils pas forcément les plus performants ; ce sont les hôpitaux les plus performants qui sont le moins en déficit.

M. Yves Bur. C'est exact.

M. Jean-Marie Le Guen. L'AP-HP n'est pas très performante !

M. Jean Leonetti. Cet élément doit donc être pris en compte.

Un hôpital n'a pas à être rentable mais il n'a pas vocation non plus à être déficitaire. S'il en était ainsi, cela signifierait que l'hôpital qui ne serait pas déficitaire gèrerait son budget en totale indifférence à la souffrance des patients.

M. Jean-Marie Le Guen. Vous êtes maire de Saint-Raphaël, certes, mais il y a d'autres territoires ! (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Philippe Vitel. Non ! M. Leonetti est maire d'Antibes !

M. le président. Il ne s'agit pas du même département, monsieur Le Guen !

M. Jacques Domergue. Même s'il s'agit du même soleil !

M. Jean-Marie Le Guen. Je vous prie de bien vouloir m'excuser, monsieur Leonetti, j'espère ne pas vous avoir vexé !

M. Jean Leonetti. Vous ne m'avez pas vexé, mais je rappelle simplement, sans vouloir vous offenser, que je suis vice-président, au niveau national, de la Fédération hospitalière de France,...

M. Jean-Marie Le Guen. Justement ! Nous ne vous avons pas encore entendu défendre ses positions en matière budgétaire !

M. Jean Leonetti. ...dont je préside, au niveau local, la fédération PACA, territoire dont la réalité n'est pas celle que vous décrivez puisque vous l'idéalisez en en faisant une représentation de carte postale.

M. Jean-Marie Le Guen. Combien de déficit à Nice ?

M. Jean Leonetti. Je vous rappelle donc que, dans la situation actuelle, une bonne gestion et une bonne qualité de soins ne sont pas incompatibles. Le fait pour un hôpital de ne pas être en

déficit ne doit pas être vu comme un stigmate d'indifférence vis-à-vis de la souffrance, de la maladie ou des soins.

Voilà ce que je souhaitais rappeler avec calme afin que vous n'ayez pas cette vision caricaturale qui oppose le blanc et le noir, les rouges et les bleus, les gentils et les méchants. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme Michèle Delaunay. Mais ce n'est pas du tout notre vision des choses !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je réfléchis à la proposition de M. Chassaigne, que je trouve intéressante.

M. Jean-Marie Le Guen. Très bien !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je souhaite la sous-amender afin qu'elle puisse s'intégrer de la façon la plus harmonieuse à l'alinéa 3 de l'article 7.

Mme Michèle Delaunay. Vous voyez, quand vous voulez !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Il est bon, en effet, de préciser que les candidats reçoivent une formation qui leur permette d'assurer la fonction à laquelle ils aspirent. Or cette formation ne peut être délivrée que par l'école des hautes études en santé publique.

M. André Chassaigne. C'est bien l'idée !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. M. Chassaigne me propose d'ajouter le mot « formées » après le terme « personnes », or je préfère la formule...

M. Jean-Marie Le Guen. « Reçoivent une formation » !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. C'est exact : « Elles reçoivent une formation à l'école des hautes études en santé publique. » Je me suis assurée que cette école, sise à Rennes, avait bien une définition législative. Dès lors, tenez-vous, monsieur le président, à ce que je dépose un amendement écrit, auquel cas je demande une suspension de séance, ou bien acceptez-vous cet amendement oral ? (*« Nous l'acceptons ! » sur les bancs des groupes SRC et GDR.*)

M. le président. Si je comprends bien, madame la ministre, vous substituez, dans votre sous-amendement, au terme « diplômées », l'expression « formées par l'école des hautes études en santé publique ».

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Non,...

M. Jean-Marie Le Guen. « Elles reçoivent une formation ».

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. ...il s'agit d'ajouter, à la fin de l'alinéa 3, la phrase : « Ces personnes reçoivent une formation à l'école des hautes études en santé publique ».

M. Jean-Marie Le Guen. Très bien !

M. Yves Bur. Et ainsi les diables sont transformés en anges !

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

M. Jean-Marie Le Guen. Madame la ministre, je suis aussi d'avis que, sur cet article 7, nous ne devons pas caricaturer les positions des uns et des autres,...

M. Yves Bur et **Mme Valérie Rosso-Debord**. Ah ! enfin !

M. Jean-Marie Le Guen. ...surtout si l'on considère le pas en avant que vous faites.

En matière de carrières, je ne suis pas opposé à un minimum de souplesse, notamment dans la fonction publique. (*« Ah ! » sur de nombreux bancs du groupe UMP.*)

M. Jean Leonetti. Eh bien, voilà !

M. Jean-Marie Le Guen. Ainsi, des personnalités que nous connaissons bien, qui ont fait carrière dans l'administration de la santé au plus haut niveau et avec une grande compétence, avaient reçu une formation qui n'était pas forcément d'ordre sanitaire, ni même administratif. Du reste, il faut bien reconnaître que les formations pour la haute administration ne sont pas toujours très bonnes. Il n'y a donc pas matière à scandale, surtout si l'on considère la teneur de votre amendement.

En revanche, je souhaite dire un mot sur l'intervention de notre camarade (*Sourires*), pardon, de notre collègue Leonetti. J'allais dire « camarade » car M. Leonetti...

M. Christian Paul. Idéologue bien connu !

M. Jean-Marie Le Guen. ...est d'une certaine manière intervenu fort de la légitimité de la Fédération hospitalière de France, cette grande maison... Il a juste oublié de nous rappeler la position de la FHF sur le budget des hôpitaux. La FHF est favorable à la T2A, nous aussi ; ce qui ne nous empêche pas de la critiquer, nous aussi. (*« Bravo ! » sur plusieurs bancs du groupe UMP.*)

Au-delà de ces critiques quelque peu techniques et donc difficiles à comprendre, pouvez-vous nous rappeler, monsieur Leonetti, les positions de la FHF sur le budget des hôpitaux ? Nous serions très intéressés. Pourriez-vous nous parler de la suppression cette année de 20 000 emplois évoquée par la même FHF ?

M. Yves Bur. Bien sûr, cela ne nous pose aucun problème !

M. Jean-Marie Le Guen. Si vous venez défendre, à juste titre, les positions de la FHF et vous réclamer d'elles, à juste titre encore, faites-le d'une façon globale afin que nous nous y retrouvions et que nous puissions considérer qu'il s'agit d'une maison au discours équilibré.

M. Jean Leonetti. Très volontiers !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Je souhaite, monsieur le président, laisser la paternité de cet amendement à M. Chassaigne.

M. André Chassaigne. Vous êtes trop bonne, madame la ministre !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Mais c'est bien normal, monsieur Chassaigne !

M. le président. Madame la ministre, votre proposition ne peut techniquement être un sous-amendement à l'amendement de M. Chassaigne car elle ne modifie pas le même membre de phrase. Cela ne change toutefois rien au fond. Je vous propose donc que le Gouvernement dépose un amendement, puisque lui seul peut le faire à ce stade, tout en considérant que, de fait, la paternité en est partagée, ce dont nous sommes tous conscients. (*« Ah ! » sur les bancs des groupes SRC et GDR. – Sourires.*) En contrepartie, M. Chassaigne retirerait le sien afin que l'Assemblée puisse se prononcer sur celui du Gouvernement.

La parole est à M. André Chassaigne.

M. André Chassaigne. Monsieur le président, c'est avec un frémissement que j'accepte votre proposition. (*« Ah ! » et sourires.*) Je retire donc mon amendement et accepte volontiers ce partage de paternité avec Mme la ministre.

(L'amendement n° 949 est retiré.)

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur l'amendement du Gouvernement n° 1988 ?

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

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

M. Jacques Domergue. Je comprends votre souhait de faire un pas en direction de M. Chassaigne et de l'école de Rennes. Toutefois, je reviendrai sur la philosophie du texte. Nous avons donné des pouvoirs importants au directeur de l'établissement hospitalier pour assurer le bon fonctionnement et la bonne gestion de ce dernier. Parallèlement à cette importante délégation de pouvoir que l'opposition ne s'est pas privée de dénoncer,...

M. Jean Mallot. On ne peut rien vous cacher !

M. Jacques Domergue. ...nous trouvons en filigrane dans le texte le souhait que les directeurs d'hôpitaux cessent d'être issus du même moule, ayant reçu une formation uniforme.

Je crains, par conséquent, que le présent amendement, destiné à figurer dans la loi,...

M. Jean-Marie Le Guen. Nous sommes là pour ça !

M. Jacques Domergue. ...par une contrainte supplémentaire (*Exclamations sur les bancs des groupes SRC et GDR*),...

M. Jean Mallot. Mais non !

M. Jacques Domergue. ...n'empêche que la formation des personnes concernées par l'alinéa 3 soit aussi diversifiée que nous le souhaitons. Il n'y a en effet pas que l'école de Rennes pour former des responsables d'établissements hospitaliers – les établissements privés sont gérés par des personnels qui ont des formations fort variées. Le passage par un système de gestion publique est sûrement un atout, mais il en est d'autres.

Je suis donc très réticent à l'idée d'inscrire dans la loi la nécessité de passer par cette formation, même s'il ne s'agit pas de suivre tout le cursus, puisque j'ai bien compris que cela pouvait être un stage d'une semaine, madame la ministre. (*Exclamations sur les bancs des groupes SRC et GDR.*)

M. Patrick Roy. Nous n'avons pas compris cela !

M. Jacques Domergue. C'est bien ce que nous inscrivons dans la loi par cet amendement, mes chers collègues.

Je ne voudrais pas que, sous prétexte d'envoyer un signal, nous dénaturions le sens de cette réforme.

M. André Chassaigne. Vous nous brisez le cœur !

M. Jean Mallot. Cette attaque contre Rennes est à peine admissible.

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

M. Patrick Roy. Depuis une heure, nous discutons de choses essentielles. Nous avons compris quels étaient les clivages entre les uns et les autres, mais il faut aussi essayer – même s'il est normal que chacun défende ses convictions – de trouver, quand c'est possible, quelques petits points de convergence.

J'aurais souhaité, comme mes amis ici présents, que soit adopté l'amendement précédent, qui imposait que le directeur de l'hôpital soit un fonctionnaire. Il n'a pas été voté par la majorité. Soit. Notre ami Chassaigne a alors défendu un autre amendement, et le Gouvernement s'est montré sensible à une partie des arguments développés.

Entre collègues, nous ne connaissons pas forcément nos parcours individuels. Je vais vous parler brièvement du mien. Avant d'entrer dans la fonction publique comme enseignant, j'ai exercé une activité qui n'avait rien à voir. J'ai en effet suivi des études de gestion, après quoi j'ai travaillé pendant de nombreuses années dans le monde de l'entreprise, un monde que je connais donc aussi fort bien. J'ai par conséquent la chance – ce sont les hasards de la vie – d'avoir pu connaître et le secteur privé et la fonction publique. Je peux vous dire que, quand on suit une formation à la gestion en entreprise, on apprend que le but premier, c'est la rentabilité. Dans l'entreprise, il faut faire du profit : voilà ce que l'on dit aux jeunes que l'on forme. Telle est la logique dans laquelle on s'inscrit. C'est là un simple constat.

Quand on arrive dans le secteur public, la logique est différente.

M. Philippe Vitel. On gère de l'argent public !

M. Patrick Roy. On est là pour travailler au bien public. Ce sont deux logiques très différentes qui s'affrontent.

Le vrai danger, c'est de mettre à la tête d'un hôpital quelqu'un qui n'a aucune notion de l'autre logique, celle de l'intérêt public. C'est pourquoi le premier amendement relevait du bon sens. Il n'a pas été adopté. Nous en sommes alors venus à celui de M. Chassaigne, et Mme la ministre, dont il faut reconnaître qu'elle répond toujours à nos questions – même si ses réponses ne vont pas toujours dans le sens que nous souhaiterions – a fait une vraie avancée, pour donner aux futurs managers le sens du service public qu'ils n'ont pas acquis durant leur formation ni au cours de leur expérience professionnelle. Cela me paraît indispensable et essentiel.

L'amendement de M. Chassaigne a été en quelque sorte réécrit, le Gouvernement en proposant un autre, dont la rédaction me paraît bonne. Et voilà que des doutes s'expriment, avec un discours caricatural évoquant « une semaine de formation » ! Quand même ! Nous ne sommes certes pas ici pour fixer la durée de cette formation, mais il faut qu'elle ait un sens !

Je voudrais donc à la fois remercier Mme la ministre d'avoir bien compris le sens de ce que nous voulions et relever des contradictions entre le Gouvernement et une partie – une mince partie, je l'espère – de la majorité. L'amendement gouvernemental va dans le bon sens. J'espère que nous allons tous le voter, même si je n'ai pas compris qui en était le père. On me l'expliquera, mais après la séance. (*Sourires.*)

(L'amendement n° 1988 est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 1953.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. La possibilité de recruter un directeur d'établissement selon une procédure contractuelle pour les fonctionnaires et les non-fonctionnaires implique l'obligation de déterminer l'autorité compétente pour établir et signer les contrats. Il me paraît cohérent et logique que ce soit le directeur général de l'ARS.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Favorable.

(L'amendement n° 1953 est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 950.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Nous souhaitons encadrer strictement la possibilité, pour un directeur d'hôpital ayant cessé ses fonctions, d'installer ou de diriger un établissement privé près de l'établissement public qu'il a dirigé.

Il s'agit là d'une mesure de précaution, qui n'est d'ailleurs pas très originale. Par exemple, les médecins qui sont recrutés par un centre de santé municipal doivent s'engager à ne pas s'installer, pendant une durée de cinq ans, si j'ai bonne mémoire,...

M. Yves Bur. Deux ans.

Mme Jacqueline Fraysse. ...à proximité du centre de santé public dans lequel ils auront travaillé.

Cette mesure me paraît de bonne pratique. Et si nous y tenons, c'est parce que le cas s'est déjà présenté. Par exemple, l'ancienne directrice générale de l'AP-HP, qui était précédemment directrice générale des relations humaines chez Danone, et qui a, durant son règne, fermé près de 800 lits de long séjour en gériatrie, a quitté l'Assistance publique pour présider le directoire du groupe Korian et a procédé à l'ouverture de nombreux EHPAD, notamment en Île-de-France.

Aujourd'hui, le groupe Korian affiche une très bonne santé, puisqu'il a réalisé un chiffre d'affaires de 192 millions d'euros au troisième trimestre de 2008, en croissance de 37 % par rapport à la même période de 2007. À tel point que le groupe Malakoff Médéric – dont le délégué général est d'ailleurs Guillaume Sarkozy – a pris une part dans le capital de Korian.

Nul doute que cette croissance du groupe Korian doive beaucoup aux talents de sa présidente. Mais on ne peut s'empêcher de penser qu'elle doit aussi beaucoup à la politique que cette même présidente a menée pendant quatre ans à la tête de l'AP-HP. Elle a procédé à la fermeture systématique de très nombreux lits, pour ensuite les rouvrir dans le privé.

Il s'agit donc d'un amendement de bon sens, un amendement de transparence et de loyauté. Il vise à éviter cette confusion des genres et à défendre le service public.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Nous avons discuté avant-hier de ce même sujet, à l'occasion d'un amendement qui concernait les praticiens hospitaliers. Cela nous avait paru un très mauvais affichage pour l'hôpital que d'être obligé d'avoir recours à des clauses de ce genre. C'est pour les mêmes raisons que la commission a rejeté l'amendement de Mme Fraysse. Cette clause d'exclusivité nous semble contraire à l'esprit dans lequel nous souhaitons travailler.

M. Philippe Vitel. Absolument !

Mme Jacqueline Fraysse. C'est-à-dire l'esprit du libéralisme !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Même avis que le rapporteur. Défavorable.

M. Christian Paul. Vivent les mercenaires !

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

M. Jean-Marie Le Guen. Je pense quand même que vous devriez réfléchir à cette question. On ne peut pas vouloir donner absolument tous les pouvoirs à un gestionnaire et lui permettre de partir à la cloche de bois dans un organisme concurrentiel. Cela n'existe dans aucun secteur économique. Envisagez tout simplement les choses du point de vue du droit commercial commun.

Nous parlons ici de gens qui vont avoir des responsabilités majeures.

M. Jean-Luc Prével. Et les grands laboratoires pharmaceutiques ?

M. Jean-Marie Le Guen. Les grands laboratoires pharmaceutiques ont très souvent des clauses de non-concurrence.

Par ailleurs, dans la haute fonction publique, il existe également de telles clauses. Il est vrai que ce n'est pas toujours le cas au ministère de la santé. J'appelle votre attention sur ce point : ce n'est pas une bonne chose. Un certain nombre de hauts fonctionnaires de ce ministère sont passés, immédiatement après avoir cessé leurs fonctions, à la défense d'intérêts privés.

Tout gouvernement, qu'il soit de gauche ou de droite, s'il est attaché à un minimum de régulation et à un fonctionnement normal des institutions, devrait se préserver et établir des règles de déontologie.

Peut-être qu'un délai de deux ans ne convient pas. Peut-être un délai d'un an serait-il préférable. Je n'en sais rien. Mais en tout état de cause, n'avoir aucune règle de déontologie en la matière, et permettre au directeur d'un hôpital d'aller diriger un établissement privé qui fait concurrence à cet établissement public, c'est assez incroyable !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Comparaison n'est pas raison. S'agissant des hauts fonctionnaires, la commission de déontologie de la fonction publique de l'État veille à faire respecter la règle qui leur interdit, pour une durée de trois ans à compter du moment où ils cessent leurs fonctions, d'entrer dans un établissement sur lequel ils auraient exercé une tutelle.

Avec cet amendement, il s'agit d'imposer une clause de non-concurrence. Or, je ne pense pas que l'on puisse sérieusement parler de concurrence lorsqu'une personne passe de la direction d'un établissement à celle d'un autre.

Mme Jacqueline Fraysse. Bien sûr que si !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* La disposition proposée se heurte aux principes généraux de la liberté d'entreprendre et de la liberté du travail. Je répète, car je l'ai déjà dit en d'autres occasions, que les clauses de non-concurrence qui existent dans les contrats de travail relèvent exclusivement de la jurisprudence de la Cour de cassation, qui

précise les conditions de leur licéité. Ces clauses doivent être indispensables à la protection des intérêts légitimes de l'entreprise,...

M. Jean-Marie Le Guen. C'est bien de cela que nous parlons !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. ...elles doivent être limitées dans le temps et dans l'espace, et elles doivent être assorties de contreparties financières. Appliquer de telles dispositions pour les personnels de direction, cela me semble sans objet, compte tenu de la nature des fonctions exercées.

M. Yves Bur. Tout à fait. L'hôpital n'est pas une entreprise.

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

M. Olivier Jardé. Quand on choisit tel hôpital, c'est parce que l'on pense qu'on y sera bien soigné, et pas forcément parce qu'il est bien géré. Autant je comprends les clauses de non-concurrence concernant le personnel médical, autant il me semble qu'elles n'ont pas lieu d'être en ce qui concerne les personnels chargés de la gestion de l'hôpital.

Un hôpital, je le rappelle, c'est un établissement où l'on est soigné. Si, en plus, il est bien géré, c'est encore mieux, mais il n'y a aucune corrélation entre la qualité des soins et celle de la gestion. Je rappelle que les CHU dispensent des soins de qualité alors même qu'ils sont tous déficitaires, et ce tout simplement parce que leur masse salariale est importante, de l'ordre de 70 % de leur budget.

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

Mme Catherine Génisson. Tout d'abord, il est très dommage que notre assemblée n'ait pas adopté cette disposition en ce qui concerne les praticiens hospitaliers. Mais ce serait encore pire si nous n'adoptions pas celle-ci, qui concerne les directeurs d'hôpitaux. Car s'il fait bien son métier – et nous pensons qu'il le fait bien –, un directeur connaît son hôpital de A à Z, il en connaît tous les dispositifs, ses richesses, ses points forts comme ses points faibles. Grâce à une connivence objective avec le directeur de l'agence régionale de santé, il lui est aussi parfaitement possible d'« assécher » le fonctionnement d'un service, arguant que le chef de service ou le chef de pôle n'est pas...*(Exclamations sur les bancs du groupe UMP.)*

Mes chers collègues, c'est à croire que vous ne savez pas comment fonctionne un hôpital. Nous sommes un certain nombre à avoir exercé au sein d'un hôpital et nous savons que, quand un praticien hospitalier rejoint le secteur privé, cela peut se traduire par un transfert de compétences ou un transfert de clientèle, mais que, quand il s'agit du directeur, cela peut signifier le transfert de la moitié, si ce n'est des deux tiers de l'hôpital, le transfert de la stratégie de l'hôpital. *(Exclamations et rires sur les mêmes bancs.)*

Je ne sais pas si le délai de cinq ans est le bon. Mais quoi qu'il en soit, cette mesure de protection est beaucoup plus importante pour le directeur de l'hôpital. Celui-ci, à la limite, peut faire ses classes dans le public et, une fois qu'il aura bien appris à gérer, aller dans le privé. Voilà.

M. Jean-Pierre Dupont. Et alors ?

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

M. Jacques Domergue. On se croirait sur une autre planète. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*) D'entendre cela, les bras m'en tombent !

M. Jean-Marie Le Guen. La tête aussi !

M. Jacques Domergue. Nous essayons d'établir des points communs entre les cultures du public et du privé,...

Mme Catherine Génisson. Ils existent déjà !

M. Jacques Domergue. ...de construire des passerelles entre les deux systèmes, sachant qu'il y a du bon et du mauvais des deux côtés.

M. Jean Mallot. On voit bien où vous voulez aller !

M. Jacques Domergue. Il ne serait pas sain, à mon avis, de cloisonner, ou de renforcer le cloisonnement.

Nous n'avons pas voté cette clause pour les professionnels de santé et voici que vous la proposez pour les directeurs d'hôpitaux. Or, si je peux concevoir qu'un praticien qui fait ses armes dans un service y fait aussi sa clientèle, ou sa « patientèle », et qu'il peut l'emmener ensuite dans un établissement privé,...

M. Jean-Marie Le Guen. C'est fini, cette époque !

Mme Bérengère Poletti. Ce n'est pas ce que vous disiez l'autre jour !

M. Jacques Domergue. Elle n'est pas du tout finie, cette époque. On voit bien que vous n'êtes pas au fait de ce qui se passe.

M. Jean-Marie Le Guen. Aujourd'hui, ce sont les plateaux techniques qui importent !

M. Jacques Domergue. Aujourd'hui, il est fréquent que des établissements – c'est le cas du mien – imposent des clauses de non-concurrence à des professionnels de santé, contre lesquels il est parfois nécessaire d'exercer des recours pour captation de clientèle.

Madame Génisson, un directeur peut partir avec un savoir-faire, mais pas avec la moitié de l'hôpital dans sa poche. Comment voulez-vous qu'il fasse ?

Mme Catherine Lemorton. Il emmène les praticiens avec lui !

M. Jacques Domergue. Le voudrait-il qu'il ne le pourrait pas. Votre argument ne tient pas.

Mais peut-être M. Le Guen imagine-t-il la fonction de directeur d'hôpital différemment et pense-t-il qu'il faut établir un contrat à durée déterminée, comprenant des clauses pour les cas de rupture de contrat, unilatérale ou bilatérale, en prévoyant éventuellement des pénalités. Expliquez-nous, car nous ne comprenons pas la finalité de cet amendement.

Mme Michèle Delaunay. Monsieur le président, je souhaite m'exprimer !

(L'amendement n° 950 n'est pas adopté.)

Mme Michèle Delaunay. Ce n'est pas correct de me refuser la parole, ce que j'ai à dire est très important !

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 102.

La parole est à Mme Valérie Rosso-Debord.

Mme Valérie Rosso-Debord. L'ouverture du recrutement des directeurs d'établissement permet de faire appel à de nouvelles compétences. Ces directeurs pourront être recrutés par voie contractuelle. Or, une jurisprudence administrative constante interdisant de détacher des fonctionnaires sur contrat au sein de leur propre fonction publique, une dérogation législative expresse est nécessaire pour que des directeurs statutaires puissent bénéficier d'un contrat.

En outre, le directeur général de l'agence régionale de santé pourra décider du caractère contractuel ou statutaire du poste, et proposer à l'autorité investie du pouvoir de nomination de mettre fin aux fonctions du directeur.

Pour des raisons de cohérence, il est par ailleurs proposé de confier la gestion du corps des directeurs de soins au Centre national de gestion. Il convient, en conséquence, de modifier le code de l'action sociale et des familles, afin que les directeurs des établissements sociaux et médico-sociaux soient nommés dans des conditions identiques à celles des directeurs des établissements de santé.

Enfin, pour l'évaluation des personnels de direction, il s'agit, d'une part, de fournir une base législative à une disposition réglementaire existant dans les statuts particuliers des deux corps de personnels de direction, en substituant une évaluation à la notation, et, d'autre part, de préciser quel évaluateur est compétent en fonction de l'emploi occupé.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission a repoussé cet amendement, considérant que la proposition de Mme Rosso-Debord est largement satisfaite par les dispositions du texte, notamment la dérogation législative expresse, ainsi que par les amendements adoptés ou à venir.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. La plupart des dispositions de l'amendement très complet que propose Mme Rosso-Debord sont en effet satisfaites.

S'agissant de la modification de l'article 116, tendant à porter le taux de la contribution versée au CNG par les établissements publics de santé de 0,15 % à 0,16 %, il me paraît prématuré, cette structure ayant commencé à fonctionner en octobre 2007 seulement, de modifier le taux de contribution des établissements à son financement.

J'invite donc Mme Rosso-Debord à retirer son amendement.

Mme Valérie Rosso-Debord. J'ai l'habitude, je le retire. (*Sourires.*)

(*L'amendement n° 102 est retiré.*)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 1954.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* La proposition de recrutement d'un directeur d'établissement émanant du directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements publics de santé, il est évidemment opportun que cette autorité soit compétente pour l'établissement et la signature d'un tel contrat.

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

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur.* C'est un amendement de précision accepté par la commission.

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

Mme Michèle Delaunay. Cet amendement ne nous pose pas de problème. Il montre bien les liens entre le directeur de l'agence régionale de santé et le directeur de l'établissement public.

Permettez-moi, parce que c'est trop important, d'expliquer à nos collègues comment on peut assécher une activité à l'hôpital puis la transférer, en prenant l'exemple de la chirurgie du rachis, chirurgie extrêmement coûteuse et extrêmement rentable. Le directeur de l'hôpital dispose de toutes les possibilités pour diminuer les moyens attribués à ce service.

M. Olivier Jardé. À Bordeaux ?

Mme Michèle Delaunay. Bordeaux est un exemple que j'ai décidé de citer, en effet.

Une fois que ce service ne peut plus exercer convenablement sa fonction, ce directeur, passé à la concurrence dans un établissement privé, peut tout à fait y en ouvrir un.

Le monde libéral n'est pas tout à fait celui des *Bisounours*, sa réalité est bien plus cruelle. Quand on siège sur les bancs de l'Assemblée nationale, il faut en avoir conscience.

M. Le Guen et beaucoup d'autres collègues nous ont donné des exemples semblables. Mme Fraysse nous a parlé de personnes qui ont, dans leur fonction publique, fermé un certain nombre de lits d'EHPAD pour les ouvrir, quelques mois plus tard, dans un établissement à but lucratif.

Mme Jacqueline Fraysse. Bien sûr !

Mme Michèle Delaunay. Tout cela, nous le savons. La clause de non-concurrence est donc une obligation morale, éthique, que nous ne devrions pas négliger s'agissant de médecine.

J'ajoute que le directeur de l'hôpital a accès aux réseaux de soins et de santé. Il connaît tous les mécanismes de clientélisme – dans un sens non péjoratif – de l'hôpital et de transfert des malades. Cela aussi est un danger.

Il a accès, d'autre part, et c'est un point encore plus délicat, à l'ensemble des fichiers des patients. Il sait que M. ou Mme Untel vient tous les mois dans un service de cancérologie ou en hôpital de jour, très régulièrement, dans un service de maladies infectieuses, et il ne lui est pas très difficile de connaître sa pathologie.

Pour toutes ces raisons – transfert de services, connaissance des réseaux de soins et secret médical –, il est extrêmement important qu'il ne puisse pas ouvrir un établissement objectivement concurrent dans le secteur géographique où il a été directeur.

(L'amendement n° 1954 est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 340 de la commission, rédactionnel.

(L'amendement n° 340, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 341.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission a adopté cet amendement, contre l'avis du rapporteur, considérant que le président du conseil de surveillance doit pouvoir donner son avis sur l'évaluation du directeur, son implication dans la mise en œuvre du projet d'établissement et son souci de répondre aux besoins de la population.

Monsieur le président, m'attendant à d'autres amendements, j'ai été pris de court. Cet amendement avait été présenté par MM. Préel, Jardé et Leteurtre et votre célérité ne m'a pas permis de laisser M. Préel le présenter.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. J'étais assez réservée mais, compte tenu des explications du rapporteur, je m'en remets à la sagesse de l'Assemblée.

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Préel.

M. Jean-Luc Préel. Le directeur de l'établissement va être évalué par le directeur général de l'ARS, qui décidera également de la part variable de sa rémunération. Compte tenu des pouvoirs très importants du second – nomination du directeur, signature des contrats d'objectifs et de moyens et des contrats de retour à l'équilibre –, il me paraît important que le président du conseil de surveillance puisse également donner son avis sur l'évaluation du directeur. Cela me paraît un signe de confiance et un filtre indispensable.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Je trouve cet amendement tout à fait bienvenu et important. Nous le voterons. C'est un des rares amendements à notre avis positifs, car il va dans le sens du

check and balance, qui est, je le rappelle, le principe de base du libéralisme mais que vous semblez avoir oublié.

(L'amendement n° 341 est adopté.)

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

M. Jean Mallot. Monsieur le président, je n'ai pas bien suivi le déroulement de nos travaux quand, après l'adoption de l'amendement n° 1954, vous êtes passé directement à l'amendement n° 340, sans mentionner les n^{os} 880 et 883 de M. Debray.

M. le président. Ils ont été retirés avant la séance.

M. Jean Mallot. Nous n'en avons pas été informés. Je veux bien présenter mes excuses, mais j'ai cru comprendre que je n'étais pas le seul à qui ce fait avait échappé.

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 342.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Cet amendement vise à garantir le caractère national et l'unicité de la gestion des corps de direction de la fonction publique hospitalière. Pour cela, il est nécessaire que les directeurs adjoints des établissements publics sociaux et médico-sociaux continuent d'être nommés par le CNG, à l'instar des directeurs adjoints des établissements publics de santé. Les directeurs des soins étant désormais gérés au niveau national, il est logique que le Centre national de gestion les nomme dans leur emploi.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Avis favorable du Gouvernement sur ce très bel amendement.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Monsieur le rapporteur, pourquoi est-ce la seule institution nationale à être touchée par cette disposition ?

D'autres établissements hospitaliers nationaux existent : l'hôpital des Quinze-Vingts, par exemple. Pourquoi seul l'Institut national des jeunes aveugles est-il concerné ?

(L'amendement n° 342 est adopté.)

(L'article 7, amendé, est adopté.)

Après l'article 7

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 344, portant article additionnel après l'article 7.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur*. La commission a adopté un amendement qui concerne le rôle des commissions de l'activité libérale constituées dans chaque établissement public de santé et auprès du ministre de la santé.

Ces commissions sont chargées d'encadrer les pratiques et conformément à un certain nombre d'articles que l'on vous rappelle dans l'amendement, et eu égard à la nature de ses attributions dont les enjeux retiennent sur l'accès aux soins des assurés, il est proposé qu'un représentant des usagers siège au sein de ces commissions.

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

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

(L'amendement n° 344 est adopté.)

Article 8

M. le président. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 8.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. L'article 8 concerne l'organisation interne des établissements, et notamment les pôles d'activité.

Il rappelle que les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne. Une réforme antérieure très ancienne avait déjà prévu l'organisation interne libre. Elle n'avait été appliquée que dans un seul établissement.

La loi de 1991 avait déjà prévu cette liberté. Peu d'établissements en ont profité.

La première réserve est constituée par la quasi-obligation de mettre en œuvre des pôles d'activité, conformément au projet médical. L'idée de pôle avec une délégation de gestion et une responsabilisation est très intéressante. Il serait nécessaire que les textes réglementaires laissent aux établissements une grande liberté dans cette organisation. En effet, pour qu'un pôle fonctionne, mieux vaut qu'il ne soit pas artificiel. Il doit répondre à une vraie complémentarité, par exemple en comprenant le service de gastro-entérologie de médecine, le service de chirurgie digestive.

Il doit aussi tenir compte de la volonté commune de travailler ensemble. Il faut éviter les trop grands pôles, non complémentaires. Il faut également éviter les pôles « artificiels », si je puis dire, regroupant des services divers sans aucune logique médicale.

Il convient qu'un chef de pôle bénéficie d'un cadre administratif compétent sur lequel il aura autorité. Mais celui-ci dépendra-t-il du chef de pôle ou du directeur d'établissement ? Y aura-t-il, madame la ministre, une double hiérarchie pour le cadre administratif confié au pôle ?

Il convient également que les moyens financiers attribués lui permettent de réaliser les objectifs médicaux, c'est-à-dire les soins des patients. Il est intéressant d'associer davantage les professionnels libéraux pour participer aux missions de l'établissement, y compris à domicile. Il serait donc souhaitable, pour démontrer qu'il ne s'agit pas que de bonnes

intentions, de régler rapidement les problèmes des praticiens à temps partiel. Des engagements ont été pris concernant la prise en compte de leur temps de travail, de leur rémunération, de leur retraite. Il semblerait que jusque-là, ces engagements n'aient pas encore été tenus. C'est dommage !

En effet, par définition, ils assurent aujourd'hui le lien entre la médecine hospitalière et la médecine libérale. Je souhaite une décision prochaine en ce qui concerne ces praticiens à temps partiel.

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

M. Jean Mallot. En ce qui concerne l'article 8, la démarche de la majorité de droite et de son Gouvernement se poursuit et se concrétise, sous couvert de vouloir donner aux établissements une plus grande réactivité, qui n'est définie nulle part. Qu'est-ce que la réactivité d'un établissement ?

M. Jacques Domergue. C'est aller plus vite !

M. Jean Mallot. L'article 8 prévoit de fixer au chef de pôle des objectifs de résultats. Quels sont ces résultats ? Selon vous, de quelle nature doivent-ils être ? Comment les mesure-t-on ? Comment sanctionne-t-on leur réalisation ou leur non-réalisation ? Rien n'est clairement précisé.

En revanche, la formule selon laquelle : le chef de pôle peut intéresser des modalités d'intéressement financier des personnels est précise. Lors de l'examen des articles 6 et 7, nous avons abordé cette question d'intéressement.

Dans ma grande bienveillance, j'ai ouvert la possibilité d'une forme d'intéressement collectif, qui ne soit pas mesurée financièrement. Si, qualitativement, des progrès étaient réalisés dans les soins prodigués, dans l'organisation mise en place, pourquoi pas ? Mais, là, vous enfoncez le clou : il est question d'intéressement financier.

Vous vous enfoncez dans un système selon lequel les dirigeants, à tous les niveaux de l'établissement hospitalier – le directeur, les chefs de pôle et forcément tous les cadres intermédiaires –, entreraient dans une logique de production, de résultat financier, de rentabilité comme dans le privé, de rémunération d'un capital, de production d'une valeur ajoutée, ce qui dégagerait un surplus, permettant de rémunérer financièrement et de façon complémentaire les personnels de ces établissements. Monsieur Cherpion, vous avez été rapporteur d'un projet de loi sur les revenus du travail, l'intéressement, la participation, je ne veux pas refaire le débat. Nous avons trouvé, dans ce texte, des éléments de ce genre, mais nous parlions des entreprises privées, et non des hôpitaux.

Madame la ministre, nos questions sont multiples. Nous désirons des éclaircissements sur « les objectifs de résultats ». Quels sont-ils ? Comment se mesurent-ils ?

Nous voulons savoir selon quelle méthode le chef de pôle instituerait des modalités d'intéressement financier des personnels. Comment se mesurerait cet intéressement financier ?

Je voudrais exprimer notre désaccord total vis-à-vis de cette démarche, qui est d'ailleurs cohérente avec la philosophie générale de ce projet de loi. Il a instauré un directeur tout puissant à la tête de cette usine à gaz, et maintenant, il institue une logique de rentabilité financière – le mot est lâché – pour des établissements qui, nous le pensons, appartiennent au service public et qui doivent, d'abord et avant tout, répondre aux besoins de la population.

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

M. Olivier Jardé. Les dispositions de l'article 8 visent à faire évoluer les règles de l'organisation hospitalière, afin de donner aux établissements une plus grande réactivité. Pour cela, l'article propose de renforcer le rôle structurant des pôles. Je souhaite orienter mon propos sur ce point.

Les pôles ont été créés le 2 mai 2005. Les hôpitaux sont organisés en différents pôles d'activité. Cette nouvelle forme d'organisation obéit à une logique de simplification et de déconcentration. Quatre ans après leur mise en place, il nous est permis de tirer un premier bilan.

Les faits ont démontré toute l'utilité de l'organisation des hôpitaux en différents pôles d'activité. Je ne reprendrai pas l'exemple cité par M. Préel, mais il est vrai qu'il y a des pôles qui sont réellement complémentaires, comme la gastro-entérologie et la chirurgie digestive ; j'y ajouterai celui de la rhumatologie et de la chirurgie orthopédique.

Toutefois, chacun sait que des pôles ont pu être constitués de façon très arbitraire. D'autres sont très vastes et regroupent des disciplines si différentes qu'il est difficile de coordonner l'ensemble.

Je me demande donc s'il ne serait pas nécessaire, au sein de ces pôles, et tout en conservant leur intérêt au niveau de la simplification et de la déconcentration, de garder des services hospitaliers en complément.

M. le président. La parole est à M. Claude Leteurtre.

M. Claude Leteurtre. Je m'intéresse, comme M. Mallot, aux modalités d'intéressement financier dans ces pôles. Si je fais une lecture positive et optimiste de ce projet de loi, je me dis qu'il faut adapter l'hôpital aux nouvelles règles : la tarification à l'activité l'a mis dans le secteur concurrentiel. Tout le monde est d'accord pour reconnaître que la T2A était la moins mauvaise solution. La convergence pose problème, mais les faits sont là : nous sommes dans un système concurrentiel par rapport au système privé.

À partir de ce moment-là, on se demande comment adapter l'hôpital à ce système concurrentiel. On fait peser une pression sur les pôles. On ne sait pas résoudre les contradictions dans le système tel qu'il nous est présenté. Le directeur est l'homme puissant – c'est ce que veut ce projet de loi –, il sera en relation directe avec le directeur de l'agence régionale, qui subira lui-même une pression. On voit parfaitement s'établir la chaîne de commandement. On va s'appuyer sur les pôles et sur les chefs de pôle. Puisque les médecins sont marginalisés, il faut trouver un système adroit pour vaincre les autres blocages. On voit à quoi il est fait allusion dans ce système.

On peut penser qu'au sein d'un pôle, qui est une unité et dans un espace assez réduit, l'auto-discipline se fera au niveau du personnel, sous des formes d'intéressement. On comprend cette logique, cette volonté de rompre avec les mauvaises habitudes. Mais cela peut créer un climat de délation extrêmement défavorable et négatif, qui gâchera la vie au sein des pôles.

Madame la ministre, qu'y a-t-il derrière la notion d'intéressement du personnel médical ou non-médical au niveau des pôles ? Des éléments peuvent poser des problèmes dans la vie de ces services et gâcher la relation avec les malades. En effet, si l'on se place dans une logique d'optimisation des moyens et du temps, on voit qui en fera les frais.

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

Mme Marisol Touraine. L'intéressement des personnels – au demeurant de quels « personnels » s'agit-il ? – dont il est question à l'article 8 est préoccupant. Avec une telle proposition, madame la ministre, vous vous inscrivez dans le droit-fil des préconisations du Président de la République, qui fixe des objectifs chiffrés dans tous les domaines, en matière d'enseignement comme de sécurité publique et de police, et maintenant dans le domaine de la santé. Or une telle démarche ne peut aboutir qu'à des dérives. Comment peut-on, à l'avance, fixer des objectifs déconnectés de la réalité ? Ce qui est vrai pour la police aujourd'hui sera vrai demain en matière de santé. En dehors de grands objectifs sanitaires – la réduction des inégalités sur un territoire ou une meilleure prise en compte de telle ou telle pathologie –, on ne voit pas comment on pourrait fixer des objectifs quantifiés qui détermineraient à l'avance le nombre d'interventions : ici, cinquante, cent ou cent cinquante opérations de l'appendicite ; là, cent opérations du rachis ou...

M. Bernard Debré. ...de la prostate ! (*Sourires.*)

Mme Marisol Touraine. ...de réductions de fractures !

Que se passe-t-il si les pathologies d'une population donnée ne correspondent pas aux normes qui ont été fixées ?

Je m'étonne, madame la ministre, que vous approuviez une telle démarche quantitative et financière, directement inspirée de l'idée qui prévaut dans le privé, à savoir qu'il faut toujours faire plus d'actes pour améliorer sa propre rémunération. Or, en matière sanitaire, il s'agit de prendre en compte des considérations de santé publique.

Aux termes du projet de loi, le chef d'un pôle d'activité – autorité administrative – définit les critères d'intéressement et détermine s'ils ont été atteints. Comme les chefs de service – unité opérationnelle de production de soins – ne sont plus reconnus dans le texte, se pose le problème de l'articulation entre les chefs de pôles qui définissent les objectifs et les chefs de service et leurs équipes qui sont chargés de les mettre en œuvre, alors même que leur propre rémunération en dépendra.

Nous pouvons, les uns et les autres, avoir des appréciations différentes sur les pôles d'activité. Selon nous, ils doivent être des unités opérationnelles administratives de mutualisation des moyens. En aucun, ils ne doivent se substituer aux services. Pour ma part, je ne rentre pas dans le débat de savoir s'il faut des services et des chefs de service pour l'éternité, mais force est de constater aujourd'hui qu'ils constituent l'unité de référence.

M. Bernard Debré. Elle a raison !

Mme Marisol Touraine. Unité de référence pour l'hôpital comme pour les patients, qui vont dans tel service pour se faire soigner pour telle maladie ! Ils ne vont pas se faire soigner dans un pôle !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* On a compris !

Mme Marisol Touraine. L'articulation entre intéressement et disparition des services est donc très préoccupante.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Avec l'intéressement, nous sommes, d'une manière fort imprudente, en train de revisiter les ordonnances de 2005. Les responsables de pôles d'activité ne sont plus l'émanation directe de la commission médicale de l'établissement, car ils sont nommés par le directeur de l'hôpital. De ce fait, ils auront forcément une relation différente avec les équipes qu'ils devront encadrer, notamment les services qui sont les unités fonctionnelles, « productrices » de soins et de T2A.

La nomination du chef de pôle est donc pour le moins néfaste. Quant au contrat de pôle, il est négocié entre le chef de pôle – nommé par le directeur – et le directeur ! De ce point de vue, discuter dans de telles conditions n'augure rien de bon, l'un des contractants dépendant de l'autre ! Je ne comprends donc pas pourquoi il faudrait modifier le fonctionnement actuel.

S'agissant de l'intéressement des praticiens, je vous supplie, madame la ministre, de traiter cette question avec la plus grande prudence ! Les médecins ne sont pas plus désintéressés des questions financières que d'autres catégories de salariés. Cela étant, cette question n'est pas centrale à l'hôpital. C'est pourquoi prévoir que certains praticiens puissent s'auto-attribuer des rémunérations est une disposition qui risque de pervertir gravement les relations humaines qui prévalent à l'intérieur des services.

M. Christian Paul. C'est l'irruption du fric !

M. Jean-Marie Le Guen. Beaucoup de praticiens peuvent admettre qu'un service et un pôle soient rémunérés pour leur activité. Il arrive qu'à l'intérieur d'un même établissement, certains services soient anormalement déficitaires alors que d'autres ne profitent ni de l'argent de la T2A, ni de celui des MIGAC, qui devrait leur revenir. Certains services peuvent être particulièrement productifs et d'autres beaucoup moins parce qu'ils ont choisi des activités qui ne sont pas valorisées par la T2A – c'est un euphémisme – mais sont utiles pour les malades. J'admets qu'il y a parfois du laisser-aller de la part du corps médical ; on connaît tous des services où il y a plus d'activités privées que publiques, plus de congrès que de présence ! Un des apports de la T2A a été l'introduction d'une certaine transparence. Pour autant, prolonger ce processus en intéressement pervertira ce regard critique...

M. le président. Je vous remercie, mon cher collègue.

M. Jean-Marie Le Guen. Je n'ai pas parlé de la partie répressive de l'article 8 : je ne m'en priverai pas au moment de l'examen des amendements ! (*Sourires.*)

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

M. Gérard Bapt. L'article 8 recouvre de multiples facettes de l'organisation interne de l'hôpital public. Il redéfinit le régime juridique du travail des médecins libéraux au sein des établissements publics de santé. Il restructure l'organisation et la politique de qualité avec la structuration des commissions chargées de la politique de qualité, qui n'est plus, désormais, définie par la loi, mais qui le sera sans doute par un règlement intérieur ou dépendra du directeur. L'organisation en pôles est maintenue, mais le directeur général de l'ARS peut désormais autoriser l'établissement de ne pas créer de pôles, cette disposition visant à répondre aux spécificités des ex-hôpitaux locaux et des centres hospitaliers de petite taille.

C'est pourquoi il est pour le moins curieux que, dans le même temps, le texte supprime dans le code de la santé toute mention relative aux unités fonctionnelles et aux services ainsi qu'aux chefs de services. Les pôles sont des outils parfaitement légitimes dans leur objectif de gouvernance administrative, car ils permettent une mutualisation des moyens et des personnels, mais les services qui constituent toujours une cellule de production de soins ne devraient pas disparaître.

Substituer une logique managériale à la logique médicale constituerait, à nos yeux, une grave erreur. Il faut trouver un équilibre entre les deux.

Les dispositions relatives aux chefs de pôle sont modifiées : la liste d'aptitude aux fonctions de chef de pôle est supprimée ; la nomination par le directeur ne se fait plus qu'après avis du président de la CME, et non par arrêté conjoint. De la même façon, le directeur d'UFR ne donne plus qu'un avis pour les CHU.

La notion d'intéressement nous pose un problème de conscience, s'agissant du service public. Il peut être légitime, en s'appuyant sur la finalité de la T2A, de reconnaître le travail effectif d'un praticien hospitalier, mais de là à permettre au chef de pôle de déterminer les modalités de l'intéressement ! L'un d'entre eux m'a fait part de ses interrogations : étant entendu qu'il s'agit d'une équipe, comment répartir les fruits de la croissance ? Selon des critères d'égalité ou au cas par cas en distinguant ceux qui seraient les plus productifs en termes de T2A par rapport à d'autres qui le seraient moins ?

Une telle situation est porteuse de divisions au sein des pôles et des services. C'est pourquoi de nombreux syndicats hospitaliers – l'INPH notamment – sont opposés au principe de l'intéressement, même si, par ailleurs, il est juste de reconnaître qu'un certain nombre de praticiens hospitaliers sont beaucoup plus actifs que d'autres. Il faut donc faire preuve de la plus grande prudence, madame la ministre, tout en reconnaissant la réalité de certaines situations.

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

Mme Martine Pinville. L'article 8 prône une réactivité accrue des établissements hospitaliers. Si l'intention est louable, il serait important de mettre en avant le respect des droits du patient dans les modalités de sa mise en œuvre.

S'agissant des contrats de pôles, la signature conjointe du directeur, du président de la commission médicale d'établissement et du chef de pôle permettrait de légitimer ce dernier

auprès des professionnels de santé. Ces contrats doivent déterminer les objectifs et les moyens du pôle. Le chef du pôle n'apparaît plus alors comme un exécutant.

L'engagement de praticiens sous contrat doit s'intégrer dans la politique médicale de l'établissement. Pour cela, l'admission de praticiens exerçant à titre libéral devrait s'effectuer par le président du directoire, mais sur proposition du président de la CME après avis du chef de pôle concerné.

S'agissant des pôles d'activité, tout le monde s'accorde à reconnaître leur efficacité. Il faudrait toutefois aller plus loin en renforçant la légitimité et les capacités d'action des chefs de pôle. Pour cela, il conviendrait d'accroître la collégialité de la procédure de nomination et d'augmenter la durée de leur mandat. Dans le même esprit, les conclusions des contrats de pôle devraient être élaborées non seulement par le directeur, mais également par le président de la CME et le directeur de l'UFR dans les CHU.

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

Mme Michèle Delaunay. M. Le Guen a déclaré que cet article, si ce n'est le projet de loi dans son entier, avait été élaboré de manière non précautionneuse. J'ajouterais qu'il a aussi été rédigé de manière imprécise, ce qui est source de nombreuses ambiguïtés. Un exemple parmi d'autres : à l'alinéa 3, il est curieusement écrit que « le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser un établissement à ne pas créer de pôle d'activité quand l'effectif médical de l'établissement le justifie », alors qu'il faudrait bien évidemment lire « quand l'effectif médical de l'établissement ne le justifie pas ».

C'est malgré tout un point secondaire et je voudrais rappeler un principe fort en préambule de mon intervention. Un établissement hospitalier public est fondé, qu'il s'agisse de services ou de pôles, sur la notion d'équipe. Chaque membre donne son maximum et tous se complètent à travers différentes activités. La rémunération n'ayant pas de base individuelle, la notion d'équipe prévaut. C'est même l'une des raisons pour lesquelles les praticiens hospitaliers restent à l'hôpital. C'est un aspect central que, pour ma part, j'ai beaucoup apprécié.

Or, dans cet article, deux éléments viennent contrecarrer cette logique d'équipe.

Premier élément : il est prévu que le président du directoire peut admettre des médecins, sages-femmes, odontologistes exerçant à titre libéral. Mais à aucun moment, il n'est précisé dans quelles proportions : d'une part, par rapport au nombre total de membres de l'équipe ; d'autre part, par rapport au volume total de leur activité professionnelle. À l'heure actuelle, les services accueillent tous des vacataires exerçant à titre libéral, mais suivant un nombre limité de demi-journées et selon une proportion strictement définie au sein de l'équipe, de manière à ne pas nuire à la cohérence d'un ensemble formé essentiellement de praticiens publics.

Deuxième élément : la notion d'intéressement.

Elle est tout d'abord mal définie dans le texte où il est seulement fait mention des conditions et des modalités de la participation des professionnels de santé.

Ensuite, elle implique que deux praticiens de niveau équivalent pourront recevoir des rémunérations très différentes selon que l'un aura pratiqué des actes rentables du point de vue

de la tarification à l'activité et que l'autre sera resté douze heures au pied du lit de malades en fin de vie. Quels critères seront retenus pour apprécier le degré d'intéressement ? S'agira-t-il d'une rentabilité individuelle ou bien chaque membre de l'équipe sera-t-il intéressé en proportion de l'activité globale du service, ce qui serait déjà moins dérangeant ?

Enfin, on peut s'interroger sur la retenue prélevée sur la rémunération de certains praticiens, même si M. Le Guen nous a éclairés sur ce point. Que penser d'une pénalité financière prélevée sur un salaire public ? Il semble qu'elle serait principalement opérée en cas de non-transmission des données d'activités. Mais qu'en est-il vraiment ?

Madame la ministre, sur tous ces points, j'attends de véritables précisions et de véritables réponses, que je n'ai pas obtenues lors de ma précédente intervention.

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

M. Bernard Debré. Nous abordons là un point fondamental de l'organisation des hôpitaux, qui rend indispensable de dire exactement ce qu'il y a derrière les mots.

M. Jean Mallot. Exactement !

M. Bernard Debré. Qu'est-ce qu'un pôle ? Il s'agit, tout d'abord, de la réunion autour d'un plateau technique d'un certain nombre de services pour une meilleure rentabilisation des équipements et des moyens humains. De ce point de vue, la démarche est tout à fait justifiée. Cela dit, si certains pôles, comme ceux de gynécologie- obstétrique, sont d'une grande cohérence, qui pourrait même justifier la disparition des services qui les constituent, d'autres, fort nombreux, en sont malheureusement totalement dépourvus.

Prenons l'exemple du pôle de ma spécialité : urologie-gynéco-obstétrique-pédiatrie. Quelle est sa cohérence ? Faire naître l'enfant, le soigner, puis soigner le vieillard qu'il est devenu ?

M. Jean-Marie Le Guen. C'est l'énigme du Sphinx !

M. Bernard Debré. Le seul problème, c'est que trois hôpitaux différents y participent. Je ne vois pas l'intérêt de ce regroupement.

Certains pôles sont importants, voire nécessaires, mais d'autres ne se justifient pas en eux-mêmes. Ils répondent seulement au besoin de créer un poste de chef de pôle administratif, courroie de transmission du directeur, qui n'est en aucune façon un thérapeute. La seule manière de rendre les pôles efficaces, c'est de laisser subsister les services.

Parlons enfin du malade. Dans son esprit, il ne s'agit d'aller au pôle « tête et cou ».

Mme Catherine Génisson. Les trous du haut ! (*Sourires.*)

M. Jean-Marie Le Guen. Ah non, pas de plaisanteries de salle de garde !

M. Bernard Debré. Non, il s'agit de se rendre chez l'ophtalmo dans le service d'ophtalmologie. Quel que soit l'hôpital, c'est le chef de service et son équipe qui créent la synergie nécessaire.

Je n'aime pas le terme d'« offre de soins ». Notre devoir est d'être au service des malades à travers un service hospitalier. Supprimer les services au profit des pôles revient à créer un système de clinique ouverte. Quand un chef de pôle, par l'intermédiaire du directeur, embauchera médecins et chirurgiens pour les payer, en toute vraisemblance, à l'acte et les rémunérer à l'intéressement, il n'existera plus aucune logique de service. Le malade ne se rendra plus dans un service mais ira seulement consulter tel ou tel médecin comme dans une clinique.

À mes yeux, le service public, ce n'est pas cela !

Mme Michèle Delaunay. Exactement !

M. Bernard Debré. Il suppose une cohésion des services et une synergie des différents médecins au service du patient.

M. Christian Paul. Belle démonstration !

M. Bernard Debré. Dans ces conditions, supprimer les services serait une faute grave.

Je le répète, je ne suis pas opposé aux pôles. Je pense même qu'il est important qu'il y en ait quand il y a une véritable cohérence car cela suppose une optimisation des moyens, humains comme matériels. Toutefois, il faut que les services subsistent et, surtout, il importe de conserver l'organisation en place quand la constitution de pôles n'a pas d'intérêt.

Je parle ici, non en tant que chef de service, mais en tant que praticien ayant essayé pendant trente ans de rendre des services à des malades. Il est important de le rappeler, car, dans le cadre d'une logique de clinique ouverte, nous ne rendrons plus les mêmes services aux patients. (*Applaudissements sur les bancs des groupes SRC et GDR, ainsi que sur quelques bancs du groupe UMP.*)

M. Olivier Jardé. Très bien !

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

Mme Catherine Génisson. Je serai plus brève que prévu car l'intervention de Bernard Debré recouvre très largement une partie de mon propos.

Nous avons indiqué les uns et les autres que nous n'étions pas opposés aux ordonnances de 2005 et à la création des pôles. Certains d'entre eux répondent à une logique claire, qu'il s'agisse du traitement d'affections liées à des organes précis, d'une meilleure utilisation des plateaux techniques, de la mutualisation des moyens humains d'une communauté médicale ou chirurgicale ou encore de l'optimisation de la qualité des soins au meilleur coût. D'autres, en revanche, ont des périmètres pour le moins étranges. Je prendrai l'exemple de l'hôpital d'Arras, où le SAMU-SMUR, associé en toute logique au service des urgences, est aussi associé à la pharmacie et au laboratoire, en raison des examens toxicologiques qu'il est amené à demander. Tout cela montre qu'il y aurait matière à repenser la constitution de certains pôles et nécessité de demander une plus grande cohérence dans leur création à l'État et aux directeurs d'ARS, qui en décideront désormais.

Les pôles répondent avant tout à une logique fonctionnelle et de management que nous devons accompagner. Mais au risque de paraître conservatrice, je dirai que le moteur de l'hôpital reste le service.

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

Mme Catherine Génisson. C'est l'unité pertinente pour le patient. Le malade chronique commencera par dire bonjour à la secrétaire, grâce à laquelle il aura peut-être obtenu un rendez-vous plus tôt, à force d'insistance. Il se rendra ensuite auprès des aides-soignantes, de qui il se sent proche : elles ont une connaissance si intime des malades qu'elles recueillent parfois des informations que les médecins ne parviennent pas à obtenir à travers leurs entretiens quelquefois trop rapides. Il ira revoir la chambre où il a été hospitalisé, bavardera avec les infirmières qui l'ont soigné. C'est peut-être anecdotique, mais il est bon de rappeler ce qu'est la vie des services, car c'est là où se construisent à la fois les soins du quotidien et les projets de service, puis le projet médical, qui, comme je l'indiquais, n'est pas une somme de soins mais la vision globale de la politique médicale de l'établissement.

Le complet changement logique de l'hôpital mérite qu'on y réfléchisse car nous devons être certains de ce que nous faisons.

Par ailleurs, il nous faut aborder le problème de l'intéressement individuel. Il risque, en effet, d'entraîner une concurrence déloyale, contre-productive, qui nuira à la réactivité des services et à leurs dynamiques.

À l'inverse, il me semble important qu'il y ait un retour sur le travail effectué et que certains services voient leurs efforts récompensés. Cela suppose, bien sûr, certaines précautions.

En effet, certaines activités sont mieux reconnues que d'autres. Par conséquent, il faut encore travailler, comme vous vous êtes engagée à le faire, madame la ministre, sur la tarification de l'activité, pour rattraper certains retards. Il faudrait pouvoir opérer, en matière de travail, l'équivalent d'un retour sur investissement. Cette piste me semble plus riche que celle de l'intéressement individuel.

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

M. Jacques Domergue. Les notions de pôle et de service ne sont pas incompatibles.

M. Jean-Marie Le Guen. Enfin, voilà la synthèse !

M. Jacques Domergue. L'alinéa 3 précise que le directeur général de l'ARS peut autoriser l'établissement à ne pas créer de pôle d'activité si l'effectif médical de l'établissement le justifie. Je rejoins donc M. Debré.

M. Jean Mallot. Il n'est pas d'accord avec vous !

M. Jacques Domergue. Le pôle sera optimum le jour où il aura une cohérence.

Mme Catherine Génisson. Oui, certains pôles peuvent être positifs.

M. Jacques Domergue. Celle-ci peut être facile à déterminer. Pour reprendre l'exemple cité par M. Prél, un pôle regroupant les soins de toutes les pathologies digestives sera plus performant et optimisera ses moyens en termes qualitatifs et quantitatifs. En revanche, si l'on crée des pôles de manière artificielle, on ne gagnera pas en efficacité. Mieux vaudrait, alors, s'en passer.

La difficulté à laquelle nous nous heurtons tient au fait que nous héritons d'une situation à partir de laquelle la réorganisation est difficile sinon impossible. Mais, si nous avons à créer l'hôpital de demain, nous le construirions autour de pôles...

Mme Catherine Génisson. Que nous appellerions des services !

M. Jacques Domergue. ...parce que c'est là que se situe la véritable cohérence de fonctionnement de l'hôpital. Il faut se positionner dans la perspective de la réorganisation des hôpitaux et de la gestion des nouveaux établissements, afin de créer le mode de fonctionnement le plus efficace possible. Les responsabilités se situeront le plus souvent dans les pôles ; ailleurs, il faudra maintenir les services, parce qu'il n'y a pas d'autre moyen d'être efficace et de garantir la sécurité des malades.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Je vous remercie tous de vos interventions extrêmement intéressantes et concrètes, car appuyées sur votre expérience professionnelle.

Le projet de loi approfondit la réforme de la gouvernance de 2005, qui a créé le pôle comme entité de référence en matière d'organisation des établissements publics de santé. L'approfondissement de la réforme des pôles ne fait cependant pas disparaître les services, qui restent le niveau habituel de prise en charge des patients.

Depuis des années, ce sont en effet les services qui accueillent les patients, mais tout le monde s'accorde à reconnaître que ces unités sont trop petites et trop cloisonnées pour appréhender au mieux leur parcours et le gérer globalement. Toutefois, le patient continuera de se rendre dans des services – de gynécologie obstétrique, de pathologie, d'accueil des urgences, des admissions – qui font partie de pôles, exactement comme un agent de l'hôpital se rend au service du personnel, lui-même rattaché aux services administratifs.

L'objectif du projet de loi n'est pas de supprimer cet échelon indispensable au parcours du patient dans l'hôpital, mais de fédérer différentes structures internes sous la responsabilité d'un médecin, le chef de pôle. Les pôles d'activité doivent être conçus comme autant d'échelons d'élaboration et de déploiement de stratégies médicales coordonnées, et comme des entités de taille critique afin de mieux gérer l'hôpital. Les contrats de pôle passés entre les chefs de pôle et le directeur iront en ce sens. La prise en charge du patient ne se limite pas à un seul service. Elle mobilise en effet des compétences variées, dès lors que l'on réfléchit en termes de « parcours du patient », ce qui paraît d'autant plus important que nous sommes confrontés au vieillissement de la population et par conséquent à des polyopathologies. L'organisation des soins doit dorénavant être mise en œuvre au sein de pôles associant plusieurs services si l'on veut optimiser les moyens et mener à bien des projets.

Dans cette optique, M. Prél a utilisé le mot de pragmatisme, que je fais mien. Évitions tout dogmatisme en matière d'organisation. Les évaluations qui remontent du terrain sont largement positives. Je conviens, madame Génisson, qu'il y a quelques dysfonctionnements. Mais il tiennent généralement au fait qu'on a adopté une position trop éloignée des réalités du terrain.

Mme Catherine Génisson. Je ne nie pas certains aspects positifs de cette organisation.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Les établissements resteront libres de déterminer leur structure interne, l'articulation de celle-ci à l'intérieur des pôles et leur dénomination, dans l'intérêt du patient et des établissements.

Le pilotage des pôles est évidemment médical, puisqu'il vise à mettre en œuvre au niveau de chaque pôle le projet médical de l'établissement. Chaque médecin doit pouvoir exercer dans une organisation centrée sur le patient. Son indépendance et sa liberté de prescription restent des fondamentaux de l'exercice de sa profession. Le projet de loi souligne d'ailleurs le respect du cadre déontologique.

En dressant le bilan de cette organisation, qui est globalement positif, on comprend mieux ce qui ne fonctionne pas. C'est pour résoudre les problèmes qui demeurent que nous avons voulu prévu, dans le projet de loi, de transformer les responsables en véritables chefs de pôle, qui seront dotés d'une autorité fonctionnelle sur les agents du pôle, et dont le *leadership* sera reconnu. Nous avons par conséquent suivi la logique de contractualisation engagée par la réforme de 2005 et amélioré le dialogue entre la direction et les pôles.

Souvent, les chefs de pôle se sont plaints de n'avoir pas pu recruter leurs médecins ni choisir leur matériel. Par cette réforme, nous voulons aller plus loin et leur donner une véritable délégation fonctionnelle.

M. Jean-Marie Le Guen. Ce ne sera pas le cas !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Quant au mot « intéressement », il n'apparaît pas une seule fois dans l'article.

Mme Catherine Génisson. C'est vrai : nous avons vérifié !

Mme Marisol Touraine et M. Jean Mallot. Relisez l'exposé des motifs, madame la ministre !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Si l'article 6, alinéa 10, indique que le président du directoire définit les modalités d'une politique d'intéressement, il s'agit évidemment d'intéressement collectif.

M. le président. Nous en venons à l'examen des amendements déposés sur l'article 8.

Je suis saisi de deux amendements, n^{os} 951 rectifié et 1203, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n° 951 rectifié.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement, qui vise à introduire plus d'ouverture, de démocratie et de participation de l'ensemble des équipes aux choix et aux décisions, propose que l'organisation de l'établissement en pôles, qui, actuellement, est le fait du seul directeur, ne puisse intervenir qu'après avis conforme de la commission médicale d'établissement.

Comme le projet médical d'établissement évoqué à l'article 6, l'organisation en pôles ne peut être définie sans l'accord de toute la communauté hospitalière. Il ne s'agit pas de concéder je ne sais quelle gratification au personnel soignant, mais de faire preuve de bon sens : pour qu'une organisation soit efficace, il faut qu'elle soit acceptée et comprise. D'où la nécessité d'une concertation avec ceux qui sont appelés à la mettre en œuvre.

M. le président. La parole est à M. Bernard Debré, pour soutenir l'amendement n° 1203.

M. Bernard Debré. L'exposé des motifs me semble suffisamment éclairant. Le chef de pôle doit être nommé avec l'avis ou l'accord du président de la commission médicale d'établissement,...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Avis ou accord ? Ce n'est pas la même chose !

M. Bernard Debré. ...et, dans les centres hospitaliers universitaires, du doyen.

Mais, madame la ministre, pourquoi dire que le chef de pôle va pouvoir recruter ? Mieux vaudrait indiquer que le chef de service peut demander au chef de pôle de le faire. Qu'arrivera-t-il, en effet, si celui-ci recrute sans l'avis du chef de service ? Il cassera les services, ce qui serait un moyen de les faire disparaître.

Mme Michèle Delaunay. Voilà !

Mme Catherine Génisson. Le pire, c'est que c'est vrai !

M. Bernard Debré. Qu'arrivera-t-il si le chef de pôle nommé par le président du directoire prend seul la décision de recruter ? J'imagine évidemment que, dans la plupart des cas, cela se passera bien, surtout si les services continuent à exister – mais cette précision ne figure pas dans le projet de loi.

Mme Catherine Génisson. Oui, dans l'article, on ne trouve pas le mot « intéressement », mais on ne trouve pas non plus celui de « service » !

M. Bernard Debré. Évidemment, le chef de pôle aura intérêt à ce que le chef de service soit d'accord avec lui. Mais je trouve gênant que le texte ne comporte pas le terme de chef de service et précise que c'est le chef de pôle qui effectue le recrutement.

L'amendement n° 1203 propose donc une mesure de bon sens : que la nomination des chefs de pôle se fasse avec l'accord du président de la commission médicale d'établissement et, dans les CHU, avec celui du doyen.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission a repoussé l'amendement n° 951 rectifié, qui préconise que la CME rende un avis conforme à la définition par le directeur de l'organisation de l'établissement en pôles d'activité.

Elle a également repoussé l'amendement n° 1203, qui réclame, dans les CHU, l'accord du président de la CME et du directeur de l'unité de formation. Monsieur Debré, vous êtes satisfait, puisque l'organisation sera conforme au projet médical, auquel ces personnalités sont associées. Il n'y a donc pas lieu de restreindre les pouvoirs du directeur en la matière.

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

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

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

M. Bernard Debré. Ne confondons pas le projet médical et les personnes ! Tout le monde peut être favorable ou défavorable au premier. On peut en discuter. Mais le recrutement d'une personne est un tout autre problème, et la commission médicale d'établissement ou, dans les CHU, le doyen, doit donner son accord, sans quoi il n'y aura plus de services, dans le premier cas, ou plus de CHU, dans l'autre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. L'avis est obligatoire.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Sur ce sujet, Catherine Génisson a pris l'exemple d'Arras – mais il en existe ailleurs – où l'on a créé un pôle commun à la pharmacie, la biologie et le service d'urgences, alors même qu'un service comme la pharmacie est commun à tous les pôles d'activité. Il est important d'avoir l'avis de la CME, c'est-à-dire des personnels soignants, qui savent et peuvent dire avec quels autres personnels ils peuvent travailler et donc quelle est la cohérence d'un pôle d'activité.

D'autre part, le directeur général de l'ARS peut autoriser un établissement à ne pas créer de pôle d'activité quand l'effectif médical de cet établissement ne le justifie pas. Je crains qu'on ne rassemble artificiellement un effectif suffisant pour créer un pôle d'activité. On irait ainsi à l'inverse de l'objectif que l'on veut atteindre en créant ces pôles. Il serait donc raisonnable d'accepter ces deux amendements.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Madame la ministre, au vu de l'exposé des motifs, je ne crois pas qu'on puisse raisonnablement faire croire à des responsables de pôle qu'ils auront la possibilité de procéder à des achats et d'effectuer des nominations. Ne laissez pas croire que ce sont eux qui achèteront des prothèses de hanche, alors que, à l'occasion du PLFSS, vous allez prôner les achats groupés ! Il y a contradiction entre le désir de faire plaisir à des gens en leur laissant l'initiative et les nécessités de la bonne gestion, qui amènent à regrouper un certain nombre d'achats.

Par ailleurs, ce ne sont pas tant les recrutements que ces chefs de pôle vont avoir à gérer que les fermetures, et, pour tout dire, aux yeux de leurs collègues, la pénurie. Quand il faut rendre des postes, c'est dans les pôles que cela se discute, et c'est plutôt douloureux.

J'en viens maintenant à des problèmes qui peuvent émerger. Tous les pôles ne seront peut-être pas totalement vertueux. Il y en aura toujours qui réuniront des secteurs peu coordonnés entre eux. Prenons un pôle qui rassemblerait pharmacie, biologie et urgences. Si le chef de pôle vient des urgences, il ne s'intéressera pas en priorité à un service qui répond pourtant aux besoins de tout l'hôpital, comme la biologie. Il est tout à fait légitime que sa sensibilité personnelle le conduise à s'intéresser plutôt au service des urgences. Je suis donc très réticent à ce qu'on nous prépare pour demain, et qui est franchement exagéré.

Si, déjà, on confiait aux pôles la gestion des moyens existants, avec une certaine mutualisation, si on leur confiait aussi une gestion de stocks décentralisée par la direction de l'hôpital, on aurait déjà fait des progrès substantiels. Il ne faut pas demander aux pôles plus qu'ils ne peuvent donner. Ce serait déjà bien s'ils avaient en charge une partie de la gestion, décentralisée, et qu'ils la médicalisent un peu. Mais ne faisons pas croire qu'ils vont procéder à des achats ou prendre des décisions allant au-delà de ce que le contexte actuel permet. De ce point de vue, la régulation qui se pratiquait dans les services était viable.

Reconnaissons aussi que dans les années 1970 et 1980, pour gérer l'évolution de la démographie médicale, le développement de l'hôpital et les problèmes d'évolution des salaires, dans de nombreux hôpitaux, en particulier des CHU, on a distribué des chefferies en morcelant les services.

M. Bernard Debré. C'est vrai.

M. Jean-Marie Le Guen. Ne nous cachons pas cette réalité. On pourrait tout à fait imaginer dans les années qui viennent un programme de rassemblement des services autour de plateaux techniques. Il existe actuellement des hôpitaux où, pour la même spécialité, il y a deux ou trois services.

M. Jacques Domergue. Voilà l'objectif des pôles !

M. Jean-Marie Le Guen. Mais les pôles ne suffisent pas. En outre, comme ces deux services font la même chose, comme leurs responsables se détestent, ils ne se retrouveront même pas dans le même pôle !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Il n'est pas possible que des médecins se détestent. (*Sourires.*)

M. Jean-Marie Le Guen. Pas autant que les membres d'une même majorité ou d'une même opposition, certes. (*Sourires.*)

Mme Bérengère Poletti. C'est humain !

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

M. Jacques Domergue. Les pôles d'aujourd'hui sont en quelque sorte la nouvelle version de ce qu'en 1996 on appelait les centres de responsabilité.

Mme Catherine Génisson. Et avant cela, les départements.

M. Jacques Domergue. Les « départements » étaient un peu différents.

En tout cas, depuis 1996, pour rendre ces « pôles » plus attractifs, on nous fait croire qu'ils sont non seulement le niveau d'organisation des soins, mais le niveau d'organisation avec participation médicale. Dans les ordonnances de 1996 figurait la notion de délégation de signature. Les médecins qui ont participé à la gestion de ces pôles pensaient avoir la responsabilité d'un certain nombre de décisions concernant les nominations ou les achats. Aujourd'hui, beaucoup d'entre eux sont restés sur leur faim.

Aussi, madame la ministre, pouvez-vous nous dire quelle est la possibilité qu'il y ait, au niveau des pôles, une véritable délégation de gestion ? La décentralisation de cette gestion médicale et administrative aurait dû se traduire par la diminution du personnel administratif dans les structures centrales au profit des structures de terrain. Dans les faits, malheureusement, ce n'est pas du tout ce qui s'est produit.

(L'amendement n° 951 rectifié n'est pas adopté.)

(L'amendement n° 1203 est adopté.)

(Applaudissements sur les bancs des groupes SRC, GDR et NC, ainsi que sur plusieurs bancs du groupe UMP.)

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

M. Jean-Marie Le Guen. Madame la ministre, à la lecture de l'article 8, nous avons du mal à comprendre en quoi il correspond à l'exposé des motifs, où il est très clairement question d'individualisation des rémunérations. Ou bien il s'agit d'une erreur dans l'exposé des motifs, auquel cas nous aimerions que vous disiez très clairement qu'en aucun cas cet article 8 n'envisage l'individualisation des rémunérations. Ou bien, s'il y a effectivement possibilité d'individualisation, pouvez-vous indiquer aux modestes parlementaires que nous sommes à quel endroit cette mesure figure dans l'article 8 ? Tout à l'heure, vous avez dit qu'il n'y avait pas d'individualisation des rémunérations. Quid alors de l'exposé des motifs ? Si vous prenez devant nous l'engagement solennel qu'il n'y en a pas...

M. Jacques Domergue. Ce n'est pas une « individualisation », c'est un « intéressement ».

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Ce n'est pas pareil.

M. Jean-Marie Le Guen. Je pose en tout cas la question, car je vois une contradiction entre la déclaration de Mme la ministre et cette phrase de l'article 8 : « Le chef de pôle peut instituer des modalités d'intéressement financier des personnels. » – ce que je ne retrouve pas de façon très claire dans l'article 8. Si vous nous dites qu'il y a une erreur dans l'exposé des motifs et qu'en aucune façon le Gouvernement ne veut aller dans cette voie, je vous en donnerai acte et ce sera pour nous un soulagement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. En entendant que figurait dans l'exposé des motifs la notion d'individualisation des rémunérations, je tombais des nues.

Quant à l'intéressement, on n'en parle pas dans l'article 8. Ce qui figure dans l'exposé des motifs, c'est que : « Dans le cadre de sa délégation de gestion, le chef de pôle peut instituer des modalités d'intéressement financier des personnels. » Cela vaut dans le cadre actuel, c'est-à-dire collectif.

M. Jean-Marie Le Guen. Pouvez-vous nous dire dans quelle partie de l'article figure cette possibilité ?

M. le président. Monsieur le Guen, nous ne sommes pas dans une séance de questions, mais dans une discussion d'amendements.

La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Si vous le permettez, monsieur le président, pour lever toute ambiguïté, et comme Mme la ministre répond toujours à nos demandes, je cite à mon tour un paragraphe de l'exposé des motifs : « Il appartiendra à chaque établissement de déterminer l'opportunité de mettre en place, après avis des praticiens, des structures internes à l'intérieur des pôles et se substituant aux services. »

M. Jean-Marie Le Guen. Où cela figure-t-il dans l'article ?

M. Bernard Debré. L'important, c'est le mot « opportunité ».

Mme Catherine Génisson. L'article ne correspond pas à l'exposé des motifs sur ce point.

M. le président. Nous y reviendrons.

Je suis saisi d'un amendement n° 119.

La parole est à M. Bernard Debré, pour le défendre.

M. Bernard Debré. Nous avons eu cette discussion et Mme la ministre s'est prononcée. Il est évident que, s'il n'y a pas cohérence dans la création d'un pôle, il faut conserver les services. C'est le sens de l'amendement n° 119.

Que cela soit à Arras ou ailleurs, le service de radiologie sert à tous les autres services. Il ne peut pas être mis en pôle, sans quoi ce pôle serait totalement artificiel. Comment mettre un service de biologie en pôle avec un service de médecine ? Quand il n'y a pas de cohérence à la création d'un pôle, il est évident qu'il faut conserver l'organisation en services.

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

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur*. La création de services a été supprimée par l'ordonnance du 1^{er} septembre 2005 relative à la gouvernance des établissements de santé.

Mme Catherine Génisson. M. Debré n'a pas l'air en forme !

M. Jean-Marie Le Guen. Appelez une ambulance, il va avoir un malaise ! (*Rires sur les bancs des groupes SRC et GDR.*)

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. M. Debré n'était peut-être pas au courant, mais c'est pourtant le cas.

M. Bernard Debré. Je suis chef de service : je ne suis pas un OVNI !

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Par ailleurs, l'alinéa 3 de l'article 8 du projet de loi prévoit que « le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser un établissement à ne pas créer de pôles d'activité quand l'effectif médical de l'établissement le justifie ».

Quant à l'exposé des motifs du projet de loi, il précise qu'il appartiendra « à chaque établissement de déterminer l'opportunité de mettre en place, après avis des praticiens, des structures internes à l'intérieur des pôles et se substituant aux services ».

En conséquence, la commission a rejeté l'amendement n° 119.

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. Olivier Jardé.

M. Olivier Jardé. Monsieur le rapporteur, je ne comprends pas très bien pourquoi nous continuons à nommer des chefs de service dans nos hôpitaux ? (*Rires.*)

M. Jean Mallot. Quand on coupe la tête du canard, il marche encore !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Ce n'est pas parce qu'on ne crée plus de services qu'il ne faut pas nommer des médecins pour diriger ceux qui existent déjà !

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

M. Bernard Debré. Monsieur le rapporteur, je suis conciliant : vous êtes contre mon amendement, je l'admets ; mais vous ne pouvez tout de même pas être contre la réalité !

Je ne suis pas hors-la-loi ! (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Jean-Marie Le Guen. Avec cet article, vous le serez bientôt !

M. Bernard Debré. M. Jardé n'est pas hors-la-loi.

De plus, nous sommes reconduits tous les cinq ans. Une telle procédure est d'ailleurs essentielle, madame la ministre, afin que ceux qui ont été mauvais dans ce poste ne soient pas nommés à nouveau chefs de service. Je me souviens avoir soutenu la création de ce dispositif dans un projet de loi défendu par Mme Barzach.

Monsieur le rapporteur, ne me dites pas, dans le seul but d'éviter que mon amendement ne soit voté, que les services n'existent pas...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. On ne crée plus de nouveaux services, mais les services et les chefs de service existent toujours !

M. Bernard Debré. Dans ce cas, monsieur le rapporteur, laissez-leur la possibilité de ne pas s'organiser en pôles lorsque aucune cohérence n'existe. C'est du bon sens !

(L'amendement n° 119 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements, n^{os} 1067 rectifié, 957 et 120 rectifié, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Jean-Marie Le Guen, pour soutenir l'amendement n° 1067 rectifié.

M. Jean-Marie Le Guen. Il est utile que la commission médicale d'établissement soit à l'initiative de la création des pôles. Même en reconnaissant la responsabilité du chef d'établissement, il faut rester dans une logique médicale.

Monsieur Debré, à ma connaissance, la réforme préparée par la commission Marescaux doit développer des valences. On suppose qu'en plus des valences soin, éducation ou recherche, il sera créé une valence gestion. Notre amendement propose que l'engagement du chef de pôle se fasse pour quatre ans. En tout état de cause, cet engagement correspondrait à un statut, à un parcours professionnel, à une rémunération. Le candidat fera donc un choix et renoncera, en partie, à la recherche ou à l'enseignement.

Or le chef de pôle est révocable *ad nutum* : est-ce une situation enviable ? Bien évidemment, la révocation pour faute grave est légitime, mais il ne s'agit pas de cela. En effet, il peut être destitué à tout moment par le directeur de l'établissement. Aujourd'hui, les choix sont cumulatifs : vous pouvez être chercheur, soignant, formateur, chef de pôle...

Mme Michèle Delaunay. Et parlementaire !

M. Jean-Marie Le Guen. Si, demain, les chefs de pôle doivent faire des choix alternatifs, est-il normal qu'ils ne disposent pas d'un minimum de garanties ?

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour défendre l'amendement n° 957.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement prévoit que les chefs de pôle seront nommés conjointement par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement, alors que le projet de loi ne donnait à ce dernier qu'un rôle consultatif.

De la même façon que les soignants doivent être associés à la définition des différents pôles, les chefs de pôle doivent être désignés conjointement par le directeur de l'établissement, garant du bon fonctionnement général de l'établissement, et par le président de la CME, garant de la prise en compte des impératifs de soins.

M. le président. La parole est à M. Bernard Debré, pour soutenir l'amendement n° 120 rectifié.

M. Bernard Debré. Je le retire.

(L'amendement n° 120 rectifié est retiré.)

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les amendements n°s 1067 rectifié et 957 ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission souhaite préserver la logique de liberté d'organisation des établissements de santé. Elle a donc repoussé l'amendement n° 1067 rectifié, qui met en place une procédure complexe associant le bureau de pôle et le conseil de pôle, autant d'organes supprimés par le présent projet de loi.

M. Yves Bur. C'est une usine à gaz !

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission a également repoussé l'amendement n° 957.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur les deux amendements ?

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

(L'amendement n° 1067 rectifié n'est pas adopté.)

(L'amendement n° 957 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 885.

La parole est à M. Patrice Debray.

M. Patrice Debray. La volonté du Gouvernement et de la représentation nationale depuis 2002 a été de faire évoluer le pilotage médico-administratif. Les médecins deviennent en effet les producteurs déconcentrés d'activités et produisent par voie de conséquence les recettes. Toutefois, ils ne sont pas placés sous la responsabilité hiérarchique du directeur.

La contractualisation interne permet de surmonter cette restriction et de fluidifier les rigidités entre la direction et le corps médical.

Cet amendement a pour objet de rendre cohérente la mise en œuvre de la contractualisation. En effet, tout comme le chef d'établissement est pour sa part comptable de la réussite des objectifs posés par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le responsable de pôle doit être responsable de la mise en œuvre du contrat qu'il signe. Le directeur doit donc avoir la possibilité de remplacer le chef de pôle en cas de non-respect avéré. Cette décision est prise en concertation avec le président de la commission médicale d'établissement pour éviter tout détournement de la procédure et contrôler la proportionnalité des décisions prises.

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

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur*. Il est d'ores et déjà clair qu'en cas de non-respect des termes du contrat de pôle par le chef de pôle, ce dernier se verrait retirer son poste. La commission a donc rejeté l'amendement de M. Debray.

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

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

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

M. Jean-Marie Le Guen. Je vais approuver l'amendement de notre collègue Debray car il présente au moins l'avantage de sous-entendre que la destitution d'un chef de pôle par le directeur de l'établissement doit résulter d'un manquement grave, par exemple le non-respect du contrat de pôle.

Sans cette précision, nous resterions dans l'arbitraire le plus total. Cet amendement permet d'éviter que le directeur puisse renvoyer le chef de pôle quand bon lui semble. Or les responsables de pôles ne doivent pas être placés dans une situation d'instabilité totale. J'ai déjà utilisé cet argument en défendant l'amendement n° 1067 rectifié, mais je répète qu'il faut donner à ces derniers un minimum de garanties.

Il me semble qu'en explicitant les raisons pour lesquelles il peut être mis fin aux fonctions du chef de pôle, notre collègue Debray fait œuvre utile, car il apporte ainsi des garanties contre l'arbitraire du directeur.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Au contraire, l'amendement durcit le dispositif !

M. Jean-Marie Le Guen. Non, il est plus protecteur que le texte, puisqu'il définit précisément les manquements qui peuvent justifier la révocation du chef de pôle, alors qu'aux termes de l'article 8, le directeur fait ce qu'il veut : il n'a pas besoin d'invoquer une faute pour mettre fin aux fonctions du chef de pôle.

M. le président. Maintenez-vous vous votre amendement, monsieur Debray ?

M. Patrice Debray. Oui.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Le texte est très clair, puisqu'il prévoit, afin d'assurer la stabilité des pôles, que les chefs de pôle sont nommés par le directeur pour une durée fixée par décret. Si l'on ajoutait, comme vous le souhaitez, que le directeur peut mettre fin aux fonctions du chef de pôle en cas de non-respect du contrat de pôle ou de la mise en œuvre de la politique de l'établissement, on durcirait le texte.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Il est difficile de discuter d'un sujet aussi technique à cette heure tardive.

La durée du mandat des directeurs de pôle est bien fixée par décret ; nous sommes d'accord sur ce point, madame la ministre. Si vous m'assurez que le directeur ne peut en aucune façon mettre fin aux fonctions du chef de pôle pendant cette période, je ne voterai pas l'amendement de M. Debray.

Toutefois, il me semble que l'alinéa de l'article 8 qui traite des relations entre le directeur et les chefs de pôle laisse entendre que ces derniers sont révocables à tout moment. Si tel était le cas, l'amendement de M. Debray permettrait de les protéger.

M. le président. La parole est à M. Patrice Debray.

M. Patrice Debray. Il est bien rappelé dans l'exposé sommaire de mon amendement que les médecins ne sont pas placés sous la responsabilité hiérarchique du directeur. Le dispositif proposé concerne donc uniquement les cas de non-respect du contrat de pôle.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Madame la ministre, le chef de pôle est-il, comme je l'avais compris, révocable à tout moment par le directeur ?

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

M. Jean-Marie Le Guen. Dans ce cas, je souhaite que les sénateurs prennent acte de votre volonté : les chefs de pôle sont nommés pour une durée déterminée, pendant laquelle ils ne seront pas révocables, sauf, naturellement, en cas de faute grave.

Sous le bénéfice de vos explications, je ne voterai pas l'amendement de M. Debray.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Il est clair, et je le répète devant la représentation nationale, que nous voulons assurer la stabilité et la sécurité du chef de pôle. C'est pourquoi celui-ci est nommé pour une durée fixée par décret et n'est pas révocable selon le bon vouloir du directeur d'établissement. Bien entendu, en cas de faute grave, les procédures habituelles seront applicables. Mais, encore une fois, j'entends assurer la stabilité des chefs de pôle ; telle est la philosophie du texte. Or, la proposition de M. Debray fragiliserait leur statut.

M. Jean-Marie Le Guen. Nous sommes d'accord !

M. le président. La parole est à M. Patrice Debray.

M. Patrice Debray. À la lumière des explications de Mme la ministre, je retire mon amendement.

(L'amendement n° 885 est retiré.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 345 de la commission.

Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

(L'amendement n° 345, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements, n^{os} 981, 1049, 1068 et 1204 rectifié, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n° 981.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement vise, là encore, à renforcer les prérogatives de la commission médicale d'établissement.

M. le président. La parole est à Mme Michèle Delaunay, pour soutenir l'amendement n° 1049.

Mme Michèle Delaunay. Nous souhaitons associer le président de la commission médicale d'établissement à la signature du contrat de pôle par le directeur, signature qui doit se faire sur la base du projet d'établissement. Il s'agit, là encore, d'impliquer davantage le personnel médical.

M. le président. La parole est à M. Jean Mallot, pour soutenir l'amendement n° 1068.

M. Jean Mallot. La mise en place des pôles d'activité a démontré la nécessité d'une collégialité dans la procédure de conclusion des contrats de pôle, qui a contribué à renforcer ces dispositifs et à favoriser une vision transversale des objectifs qu'ils incluent.

Aussi proposons-nous de substituer, à l'alinéa 7 de l'article 8, les mots : « le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'unité de formation et de recherche dans les centres hospitaliers universitaires signent » au mot : « signe ».

M. le président. La parole est à M. Bernard Debré, pour soutenir l'amendement n° 1204 rectifié.

M. Bernard Debré. Cet amendement va finalement dans le même sens que celui que nous avons adopté tout à l'heure contre l'avis du rapporteur et qui prévoit l'avis conforme pour la nomination du chef de pôle. Donc, je le retire.

(L'amendement n° 1204 rectifié est retiré.)

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les amendements en discussion ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. S'agissant de la signature des contrats de pôle entre le directeur et les chefs de pôle, la commission a repoussé les amendements qui prévoient une co-signature avec le président de la CME, l'amendement n° 1049, qui prévoit une signature conjointe avec le président de la CME sur la base du projet d'établissement, ainsi que les amendements prévoyant une co-signature des contrats de pôle avec le président de la CME et le directeur de l'unité de formation et de recherche dans les CHU.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur ces amendements ?

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

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

Mme Catherine Génisson. Je serai très brève, car, à cette heure tardive, nous aspirons à voir d'autres horizons. (*Sourires.*)

Compte tenu de l'adoption de l'amendement imposant l'avis conforme de la commission médicale d'établissement, il me paraît important, pour la cohérence du texte, que ces amendements soient votés, puisqu'ils précisent les relations entre le directeur de l'établissement, le président de la commission médicale d'établissement et les chefs de pôle. Il faut en effet redonner une dimension médicale au projet de pôle, en lien avec le projet médical et le projet d'établissement. Ce sont des amendements de bon sens.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Les amendements proposent que les contrats de pôle soient signés conjointement par le directeur et le président de la CME. Nous sommes là au cœur du projet de loi, lequel, je le rappelle, entend clarifier les responsabilités et les rôles de chacun au sein de l'hôpital.

Dans un souci de simplification des décisions, il est essentiel que le chef de pôle puisse s'engager vis-à-vis du directeur, afin d'assumer ses responsabilités managériales et de garantir la bonne utilisation des ressources mises à sa disposition. C'est le corollaire de la délégation de gestion qui lui est accordée. Il est donc très important que cet engagement soit tenu.

M. Yves Bur. Absolument !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, exercera évidemment son influence et fera valoir son expertise médicale au sein du directoire et il suivra l'ensemble des démarches de contractualisation interne. Mais j'ai bien situé la notion d'engagement dans le cadre d'une délégation renforcée, qui est une condition du bon fonctionnement des pôles.

Pour ces raisons, je suis défavorable à ces amendements.

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

Mme Catherine Génisson. J'entends bien votre argumentation, madame la ministre ; j'ai même envie d'y souscrire. Mais, dans la réalité, le chef de pôle qui s'engagera et assumera ses responsabilités aura le plus grand mal à réaliser le projet en cas de conflit avec le directeur de l'établissement, ce qui, je l'espère, n'arrivera que rarement. La signature conjointe du projet de pôle ne me semble pas aller à l'encontre de votre volonté, madame la ministre. Je comprends que l'on confie un rôle important aux chefs de pôle, mais ce n'est pas du tout incompatible avec le souci d'assurer la cohérence du projet de pôle avec le projet médical et le projet d'établissement.

(L'amendement n° 981 n'est pas adopté.)

(L'amendement n° 1049 n'est pas adopté.)

(L'amendement n° 1068 n'est pas adopté.)

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

2 - Ordre du jour de la prochaine séance

M. le président. Prochaine séance, ce matin, jeudi 19 février, à neuf heures trente :

Proposition de loi visant à lutter contre les discriminations liées à l'origine, réelle ou supposée.

La séance est levée.

(La séance est levée, le jeudi 19 février 2009, à une heure.)

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

Claude Azéma